DEL

FUNGO BENIGNO DEL TESTICOLO

PEL

Dott. ANIELLO D'AMBROSIO

Docente privato di Clinica chirurgica e Medicina Operativa.

Estratto dal Movim. Med.-Chir.

NAPOLI 1877

Preliminari

1.

Sono già scorsi parecchi anni da che impresi a trattare di questo neoplasma, sì dal punto di vista clinico che da quello anatomo-patologico. In effetto nell' anno 1869 pubblicai per la prima volta in parecchi numeri di questo giornale una memoria sul fungo del testicolo, traendo partito di un caso importante in cui il tumore, mentre presentava tutta la forma clinica di quella neoplasia benigna del teste, all' esame microscopico mostrò poi elementi non dubbii di un sarcoma a cellule fusiformi.

Nell'anno 1875 in questo medesimo giornale riferii un'osservazione di fungo benigno che, fra le altre di cui potei intrattenermi durante i miei corsi di Clinica Chirurgica, fu la più pregevole dalla sua forma non comune, e per alcuni suoi caratteri singolari, per i quali avrebbe potuto scambiarsi con altra specie di tumore.

Da questi precedenti risulta come questo argomento non mi sia nuovo, e ritornandovi su ancora un' altra volta io soddisfo al desiderio che ebbi di pubblicare un lavoro più completo su questo neoplasma, dopochè mi fosse venuto il destro di raccogliere una serie di casi sul soggetto nella mia clini-

ca, e, come si suol dire, di prima mano. Ed avendo raggiunto questa meta mi sono apprestato all'opera. Non è ch' io non voglia apprezzare i lavori altrui su questo subbietto che finora han visto la luce, fra i quali ve ne sono dei notevoli venutici d'Inghilterra, di Francia e di questa parte d'Italia. Al contrario essi formeranno un ricco corredo, da cui trarrò tutto quello che potrà maggiormente illustrare questa tesi non ancora esaurita nè pel clinico nè per l'anatomista patologo.

Io però non occuperò il mio tempo a fare una larga mostra di tutte le storie cliniche raccolte nei miei corsi di Clinica chirurgica, e per questa parte mi allontanerò dalla comune e non sempre lodevole usanza; perchè parecchie di esse pel lato clinico non interessano punto, come non interessano sotto questo rapporto molte di quelle riferite minutamente da altri scrittori. Farò quindi menzione solo dei casi più singolari, non scarsi di numero, che possono avere un rapporto utile col significato anatomico e clinico del neoplasma. E scrivendo ancora questa volta del fungo benigno del teste, dubito molto ch' io possa all' intutto appianare i vuoti esistenti intorno a questa neoplasia, e sono d'avviso che l'ultima parola riguardante l' istologia patologica della medesima sarà allora detta quando, senza sperdersi troppo per le generalità, nuovi osservatori ripeteranno, spogliandosi altresì di idee preconcette, le investigazioni sul terreno poco sdrucciolevole della clinica e della patologia.

I progressi dell'istologia patologica e delle scienze affini, non che la buona interpretazione de' fatti morbosi agevoleranno il compito e non più avverrà che, malgrado i lavori non pochi pubblicati sull' argomento, di cui una parte è stata compilata sulla guida dei nuovi mezzi perfezionati d'investigazione, molti medici non abbiano ancora un' idea precisa sul carattere clinico e di struttura di questa neoplasia, da incorrere sovente in errore di linguaggio e di pratica chirurgica.

2.

Sede anatomica del fungo benigno del testicolo — Anatomia patologica macroscopica e microscopica dello stesso — Concetto anatomo-patologico definitivo — Nome da assegnarsi alla neoplasia.

L'anatomia patologica del fungo del teste non si può fare esattamente, se prima non si determina la sede anatomica dello stesso; imperocchè variando questa, anche la struttura anatomica subisce delle modifiche.

Alcuni scrittori non riconoscono che un'unica sede, ammettendo che il fungo possa nascere o solo dall'albuginea, o solo dal parenchima del teste. Del primo avviso sono Callisen[1], Riccardi, Lebert, de Renzis e Ciccone, Deville[2]. Del secondo sono W. Lawrence, Berard, Syme, Curling, Brodie, A. Cooper. Altri poi pensano che il neoplasma riconosca ambedue le sorgenti, ed in ciò convengono S. Cooper, Jarjavay, Fleming, Romano ecc.

Oggi incontrastabilmente sono ammesse le due forme del fungo in parola, una che ripete la sua origine dal periteste e che si nomina superficiale (del periteste), e l'altra che è di provenienza dal parenchima dell'organo (parenchimale), ed è precisamente quest'ultima che s'incontra ordinariamente nella pratica. Essendo quindi il fungo parenchimale la forma più comune e tipica io mi occuperò primieramente della sua anatomia patologica, e poscia dirò qualche cosa dell'altra più rara detta del periteste. Esaminerò poi a suo tempo l'opinione di Verneuil, che suppone un'origine, sebbene rara, del neoplasma dall'epididimo.

---

[1] Che riconosce anche la vaginale come punto di partenza.

[2] Il quale crede che sia il testicolo intiero, compresa l'albuginea, che uscendo fuori dagli involucri scrotali divenga fungoso alla superficie. La medesima opinione segue Lebert.

Nel fare questa anatomia patologica io credo per debito di esattezza di riguardare prima la neoplasia macroscopicamente, descrivendola come si suol presentare in sito tutta integra, e poscia allo spaccato. Ciò espletato passerò all' esame microscopico, cioè all' istologia patologica della medesima.

Il nostro Riccardi, di cui è debito ricordarsi quando si vuol parlare bene della forma grossolana del neoplasma, riconosce tre forme cliniche principali del medesimo.

Nella prima forma il tumore non sopravanza il corpo di una nocciuola, di una castagna o di una noce, ed è di figura semiglobosa, con la convessità in fuori; aspro nella pluralità de'casi di minuti granellini, rade volte levigato: di color vermiglio, di una resistenza elastica, e volendomi servire delle sue espressioni di consistenza tra resistente e cedevole.

Questa prima forma clinica è stata da me varie volte osservata, e conservo ancora un fungo del corso di otto mesi appartenente ad un prigioniere nell' Ospedaletto di Castel Capuano, che dopo l' escisione presentava l'apparenza della metà d'una grossa castagna tagliata di traverso, levigato alla superficie e di un colore rosso sbiadito (V. fig. 1).

La superficie levigata a me non sembra così rara come vuole il Riccardi. Più volte mi è accaduto di notarla in funghi di piccolo volume.

Nella seconda forma il tumore offre la grandezza di un uovo di gallina o di oca, di figura conoidale, con la base volta in giù e senza segno di pedicello, benchè, quantunque raramente, si può vedere peduncolato e quasi ombrelliforme, gremito di piccole eminenze tondeggianti, di colore rosso sbiadito, di più fitta tessitura. Quelle eminenze non sono che bottoni carnosi, dei quali alcuni sono più sporgenti e più grandi.

Un fungo di questa mezzana grandezza, di una conformazione tutta speciale, perchè costituito da due masse carnose l'una soprapposta all'altra, fu già da me osservato ed in que-

sto medesimo giornale riportai la sua figura, che trovo utile ripetere (V. fig. 2).

Nella terza il tumore può essere quanto una melarancia, un grosso pugno e più grosso ancora, angoloso ed ovale, che digrada dolcemente fino alla base, prendendo così un aspetto di pedicello: partito in bitorzoletti o in lobi, tramezzato da solchi e fenditure, che non si approfondano, di colore pallidissimo e di maggiore consistenza (V. fig. 3).

La forma conoidale sembra al Riccardi la più frequente. Da parte mia non ho potuto in tutti i casi da me osservati ritrovare una forma che si fosse perfettamente somigliata all' altra. E la forma molto irregolare, quadrangolare, con parecchi rilievi come carnosi, non è da stimarsi un caso straordinario.

La superficie di questo neoplasma è sovente granulosa e suole essere coverta di pus più o meno alterato e divenuto sanioso, che forma uno strato di colore gialletto o di un giallo grigiastro, e qualche volta diviene così spesso che al Riccardi piacque di chiamarlo *strato cotennoso*. Vi si rinvengono tal fiata dei punti ecchimotici e talora anche necrotici, ciò che è spiegabilissimo per i soffregamenti e compressioni cui il tumore va soggetto, non essendo trattato dall' infermo con i dovuti riguardi. Il colorito della superficie varia dal roseo al rosso cupo, rosso grigiastro, giallognolo ecc. Il colore deve al certo modificarsi secondo la quantità, la densità ed il colorito di quel secreto, che maschera la superficie reale del neoplasma.

Per la consistenza poi essa sarà elastica se il tumore è recente e piccolo, elasticità propria di una massa di granulazioni. Ma se il tumore è bene sviluppato ed ha acquistato un certo volume e già conta parecchi mesi di corso, quell' elasticità suol notarsi solo alla superficie; poichè se si comprime più forte si avverte al disotto la maggior resistenza e consistenza de' tessuti più interni del tumore.

Osservando attentamente il neoplasma alla sua base non riesce malagevole notare, come esso si continui col parenchima del testicolo attraverso una apertura dell' albuginea, la quale presenta sovente i bordi ripiegati in fuori, inspessiti ed indurati. Tagliato il tumore, previa l' asportazione, nel senso del suo diametro maggiore in due parti eguali dà ad occhio nudo ad osservare. Una zona la più superficiale ed esterna di alcuni millimetri di spessore, che mostrasi di un colorito rossiccio ed al tatto è la meno resistente ed è quasi molle. Questa zona rappresenta uno strato costituito da granulazioni perfette. Nel resto del tumore, più verso il centro e la base, si ravvisa allo spaccato un colorito ora di un bianco tendineo e quasi perlaceo, tal' altra di un bianco matto e gialletto. L' intiera superficie del taglio di un colorito rossiccio mi è avvenuto d' incontrarla solo ne' casi di fungo recente e piccolo, ai quali non intendo principalmente riferirmi. La qual superficie mostrasi eguale, ma lascia sovente vedere dei tratti di fibre, che si possono seguire per poco in una certa direzione perdendosi poscia di vista, e ciò notasi nella parte centrale e base del tumore. La detta superficie apparisce poco umida, ma se si comprime forte con le dita la sostanza del tumore si vede comparire e sgorgare un liquido sieroso, giallognolo, e la massa del neoplasma cede alla pressione da ridursi alquanto di volume; ma lasciata quella questo ritorna allo stato primiero. Non mi è riuscito di scovrire spesso quelle masse di sostanza giallognola di cui tanto si è occupato Curling, che furono prese per tubercolo, e che sovente non mostrano se non la caseificazione de' prodotti infiammatorii. Qualche volta mi è capitato di osservare questa caseificazione verso la base del tumore e nel resto del testicolo non divenuto ancora fungoso, ed ove erano chiari gli altri segni dell' infiammazione cronica. La massa caseosa si disfaceva fra le dita come lo smegma.

E passando all' anatomia patologica fina del fungo fa mestieri primieramente dichiarare, come essa costituisca il lato più vulnerabile non avendo formato un soggetto di peculiari ricerche dei micrografi. Per lunghi anni, ed alcuni dicono fin da Marco Aurelio Severino e Bertrandi [1], si è parlato di questa neoplasia, ma l' anatomia microscopica di essa è quella che poco di proposito si è studiata, e questo difetto ha dato spesso luogo a confusioni diagnostiche. Bisogna leggere il lavoro di Jarjavay sul fungo in parola per cominciare a trovare dei tratti di anatomia microscopica di qualche valore somministrati da Robin, in cui dopo che si è discorso con molto interesse di quella sostanza giallastra, della quale con singolare importanza aveano parlato A. Cooper, Brodie e Curling, che come ò già detto devesi considerare come un prodotto dell' orchite cronica, si fa cenno della presenza nella neoplasia di vasi seminiferi in più o meno gran numero, di arterie, di vene e di un tessuto cellulare e fibroplastico.

Da questi cenni non si può ricavare alcuna illazione ben determinata sulla vera struttura anatomica del fungo e sul nome che ad esso scientificamente spetterebbe.

Anche Riccardi ci donò una descrizione di qualche sua osservazione microscopica di questo tumore, ed appoggiandosi su caratteri macroscopici egli dichiarò la neoplasia come una vegetazione cellulo-fibrosa o fungoide del periteste, ritenendo che sempre da questo quella partisse, facendola derivare propriamente da uno stato infiammatorio che egli nominò *periteslite fungifora*. Ma come è facile comprendere non sarebbe lecito presentemente seguire il Riccardi sulla relazione istologica del neoplasma. Parecchi scrittori, fra i quali A. Coo-

[1] Mémoire de l'Académie de Chirurgie. T. III.

per, considerando il neoplasma come una escrescenza fungosa, come una massa fungoide di granulazioni (tumore granelloso di A. Cooper, *granular swelling*), dovettero del pari riconoscervi la medesima struttura delle granulazioni. Ma non avendoci trasmesso un'esame microscopico speciale del tumore, non si può essere soddisfatti di questo concetto sommario, ed è permesso dubitare, che l'espressione adoperata non corrisponda al reale giudizio anatomico che essi n'ebbero.

Il Foerster poi, che anche ritiene il fungo del teste come una massa di rigogliose granulazioni, non dà certamente a dubitare del vero carattere che egli intenda a quello assegnare. Però il medesimo ne parla di passaggio e con quelle pochissime parole non dà un giudizio anatomico definitivo sul neoplasma, pel quale sembra indubitato che non abbia fatto studii separati. Anch'io nel primo mio lavoro sull'argomento fui d'avviso, che il vero fungo benigno del teste non sia che costituito da granulazioni fungose, ma ciò feci senza che avessi fatto alcuno esame particolare e dettagliato della neoplasia, seguendo così solamente le orme altrui.

Resta quindi il Virchow a cui fa necessità ricorrere per trovare, anzichè la completa istologia patologica del fungo benigno, un buono indirizzo allo studio di essa; imperocchè egli rilegando alla sfuggita quel neoplasma nell'ordine dei tumori che chiama *granulomi*, non si deve inferire che ad esso competa la stessa struttura istologica assegnata ai granulomi in generale ed a quei che ne formano l'archetipo, come il *lupus*, l'*elefantiasi dei Greci*, la *gomma etc.* di cui il nominato autore realmente s'intrattiene.

Nè il medesimo mostra di voler identificare irremissibilmente il fungo del testicolo con i detti granulomi. In comprova sta il fatto, che l'illustre scrittore fermasi a parlare del fungo benigno quando, occupandosi del sarcoma del testicolo, ne vuol fare la diagnosi differenziale col sarcoma fun-

goide di quest' organo [1], e ne dice tanto per quanto ne hanno detto i suoi predecessori A. Cooper e Jarjavay. E discorrendo dei granulomi egli nota, che in certe circostanze le granulazioni, le quali si trovano abitualmente alla superficie di una piaga, ponno molto proliferare e prendere la forma di un fungo e come si dice di una fungosità, che acquista l'aspetto di un tumore quantunque di piccolo volume: ed in una nota richiama alla memoria ciò che avviene pel già da lui nominato fungo del testicolo [2], senza emettere su di esso alcun concetto definitivo fondato su speciali ricerche.

E facendo una rapida rassegna di altri granulomi, fra i quali pone il tumore bianco articolare, parecchie infiammazioni granulose e tracomatose delle mucose, il calazio, certe escrescenze dentarie, alcune fungosità delle fasce ecc: egli passa solo di proposito a parlare di quelle forme tipiche su indicate discorrendone lungamente.

Non si può certamente negare che il fungo benigno del testicolo trovi bene il suo posto fra i tumori di *granulazione* di Virchow [3], nel novero dei quali debbono essere del pari classificati parecchi di quei tumori, che autori francesi descrissero sotto i nomi di Cyto-blastion [4] o di Cyto-blastômes [5]. Ai quali granulomi Virchow assegna i caratteri di essere costituiti da tessuto connettivo o dei suoi congeneri; il quale tessuto connettivo si distingue dai suoi diversi tipi regolari in ciò che nel loro perfetto sviluppo questi tumori non rappresentano affatto il tessuto connettivo in tutta la sua purezza, nè qualche cosa che al medesimo rassomigli. Essi per

---

[1] Virchow, pag. 367, vol. 2.

[2] V. oper. cit. 384.

[3] V. oper. cit.

[4] Magitot. Mém. sur les tumeurs du perioste dentaire pag. 10, 52.

[5] Verneuil, Gaz. hebd. de Med. et de Chir. 1856, tom. III, p. 615.

se medesimi non hanno alcun carattere di durabilità e non formano mica un tessuto permanente; ma consistono soprattutto di elementi transitorii e che finiscono tutti necessariamente per delitescenza, degenerazione, rammollimento ed ulcerazione. Si potrebbe esser disposti a riguardarli come una sottodivisione dei sarcomi , poichè hanno qualche affinità con la varietà a piccole cellule di questi tumori. In effetto vi sono dei casi in cui riesce difficile distinguerli dal sarcoma. Frattanto si può essere guidati dalla circostanza che, contrariamente a ciò che si vede nei sarcomi, l'aspetto particolare come tumore si trova rilegato in seconda linea, e ciò tanto più che l'affezione prende i caratteri di una malattia generale e che presenta delle eruzioni multiple. In tutte queste forme vi sono principalmente, ma non senza eccezione, delle parti appartenenti al tessuto connettivo da cui deriva il novello prodotto.

Il processo comincia con una proliferazione di cellule che aumentano di volume (*Ipertrofia*), e di cui i nuclei si moltiplicano in una maniera sovente prodigiosa (*nucleazione*). Allora sopravviene la segmentazione delle cellule stesse (*cellulazione*) ed in fine la vera *florescenza*, ordinariamente la produzione di numerose cellule, in generale piccolissime, di cui i nuclei sono abbastanza grandi e la maggior parte rotondi. Esse hanno una certa rassomiglianza con i globuli linfatici e che altra volta si designavano abitualmente sotto il nome di corpuscoli della linfa o di essudati e si riferivano ad una essudazione diretta. Tagliando ed esaminando al microscopio il tessuto si vede sovente un gran numero di nuclei liberi (cytoblastes) rotondi o oblunghi, pallidi, poco granosi, contenenti uno o parecchi nucleoli. In somma trattasi da pertutto di produzioni giovani, di uno sviluppo poco avanzato, piuttosto indifferenti, quantunque di natura cellulare, e per

nulla di semplici nuclei, come Robin [1] li ha descritti sotto il nome di cytoblastions.

In certi casi queste piccole cellule non raggiungono uno sviluppo più avanzato e subiscono bentosto uno stato regressivo. In parecchi di questi granulomi non si producono neppure cellule rotonde, e gli elementi normali semplicemente ipertrofiati o solo provvisti di nuclei multipli presentano già un cammino regressivo. Altra volta le cellule acquistano delle dimensioni considerevoli, ed esse si sviluppano al punto da costituire degli elementi globosi del volume dei corpuscoli del muco ed anche al di là. Le medesime non hanno alcuna connessione con le parti vicine e si disgregano al termine di un tempo più o meno lungo. Su i limiti o bordi del tumore, si vedono congiungersi a queste cellule gli elementi più conosciuti del tessuto connettivo ordinario. Si scorgono delle cellule fusiformi e stellate anastomizzate, che non si distinguono dalle cellule ordinarie che per il loro numero e volume.

Queste cellule, di cui la struttura è assai varia, si trovano circondate da una certa quantità di sostanza intercellulare. La struttura di questa sostanza intercellulare è qualche volta fibrosa, e tutta la contessitura si avvicina di più al tessuto connettivo. Altra volta essa è molle, trasparente, anche gelatinosa ed analoga al tessuto mucoso: altra volta infine essa è intieramente liquida e puriforme. Ciò che è di essenziale è lo sviluppo di un *tessuto giovane, transitorio, il quale, più presenta della specificità, più esso contiene delle cellule, e più esso contiene di cellule più queste ultime sono piccole e meno il loro sviluppo è avanzato* [2].

---

[1] Robin et Nysten, Dictionnaire, art. Cytoblastion — Verneuil, Mém. de la Soc. de biol. 1854. 2. ser. tom. 1, pag. 177.

[2] Virchow. Pathologie des tumeurs, vol. 2, pag. 382-83.

Col soccorso di questi caratteri somministrati da Virchow, parecchi dei quali non si addicono affatto al fungo del testicolo, e sotto la salvaguardia dell' istologia dei granulomi in generale dal medesimo fatta, con quella precisione che gli è propria, e tenendo di mira il modo come si formano le granulazioni e si connettono fra loro, e le anse vascolari, pel quale subbietto si ponno leggere con profitto i più recenti lavori di Billroth, di Wywodzoff e Thiersch, non riesce malagevole comporre una istogenesi del fungo benigno, anche da chi non ne abbia giammai visto e voglia accademicamente considerare il tumore come costituito sempre da sole lussureggianti granulazioni, uniformandosi a ciò che comunemente si ritiene.

Ma il Dott. C. Romano, che ha fatto un accurato esame microscopico di alcuni funghi improntati dalla Clinica Universitaria, ha rilevato alla base di essi, prescindendo dai canalicoli spermatici alterati o scomparsi, un tessuto connettivo fibrillare con cellule a grandi nuclei rotonde ed angolose, e più verso l'esterno meglio manifesta la struttura propria delle granulazioni, cioè un reticolo fibrillare, fatto da cellule embrionali divenute angolose e riunite per i loro prolungamenti, attraversato da anse vascolari neoformate e che da prima ben distinte, poscia anastomizzate ed intrigate tra loro perdono la nettezza delle forme (Thompson): le maglie di questo reticolo sono riempite da una sostanza fondamentale (detta granulo-fibrinosa di Lebert) in cui stanno liberamente sospese cellule embrionali, rotonde ed ovali, piccole con un sol nucleo, o più grandi ed a più nuclei (strato plasmatico detto dal Thiersch). Nella parte più superficiale poi li ha trovati formati di cellule veramente purulente e via via [1]. E vi ha così scorto una struttura presso a poco come vien de-

---

[1] Romano. Del fungo benigno del testicolo, pag. 21, 22, 23. 1873.

scritta da Billroth, da Cornil e Ranvier delle ordinarie granulazioni [1].

Il Dott. Nepveu [2] fa poi la descrizione di un esame microscopico di un fungo del testicolo, dal quale si apprende, che il tumore fu trovato costituito da elementi anatomici che s'incontrano nelle fungosità delle sierose, vale a dire: delle masse di cellule embrionali, delle cellule fusiformi e stellate e degli spazii assai densi che partivano dall'albuginea ed erano formati da tessuto fibroso. Il tumore era solcato da piccole arterie e vene assai numerose riconoscibili e da una rete irregolare di capillari. Di più qualche canalicolo seminifero atrofiato ecc.

Essendosi il tumore riprodotto dopo l'aspoitazione l'esame microscopico dette il medesimo risultato da far pensare ancora ad un granuloma (fungo del teste), se non che Nepveu fu colpito dalla stretta affinità di alcune parti del neoplasma col tubercolo, e riconobbe in certi punti delle masse di cellule embrionali, che presentavano una certa tendenza alla degenerazione grassa ed alla caseificazione. Tutto ciò gli fece nutrire l'opinione che si fosse trattato di tubercolo. L'ammalato morì l'anno stesso e l'autossia fece scovrire un tubercolo al cervello. L'assieme della storia clinica [3] e dell'esame microscopico fa nascere qualche dubbio sulla vera natura del tumore che si ebbe a trattare.

Intanto avendo io potuto osservare nel periodo di parecchi anni 15 casi di fungo benigno e nelle prigioni ed Ospedale degl'Incurabili, ed avendo praticato in ognuno di essi l'esame microscopico mi permetto di riportare alcune figure schematiche, che rappresentano un risultato complessivo di quelle

---

[1] Pag. 96, 97, 98, istologia patologica, 1.ª parte.

[2] Contribution a l'étude des tumeurs du testicule 2.e édition. Paris 1875.

[3] V. oper. cit.

osservazioni: e senza aspirare all'infallibilità su questo argomento, mi adopererò a manifestare il mio giudizio definitivo sulla patologia di questi neoplasmi e sulla durabilità di alcuni di essi, per spiegare la quale, secondo io penso, non si esposero ragioni soddisfacenti.

Facendo dei tagli verticali ed in vario senso di questi tumori, dopo averli fatti bene indurire nell'alcool, ecco ciò che ho potuto sovente rilevare: fig. 1.ª A piccole cellule rotonde con sostanza fibrillare intermedia lassa. B, cellule in via di moltiplicazione. C, stesse cellule disposte in fila con sostanza fondamentale fibrillare più fitta. D, D, cellule con sostanza amorfa interposta. E, cellule numerose addossate l'una all'altra strettamente e senza sostanza intermedia. F, taglio trasversale di un canalicolo seminifero alterato. G , taglio oblungo dello stesso.

Da questa prima figura appare come il neoplasma che ci occupa, astrazione fatta che si possa confondere con un sarcoma globo-cellulare, da cui si può distinguere tenendo presente, la disposizione ed il volume minore delle cellule del primo, la sottilissima loro membrana, il grosso nucleo in parecchie di esse rispetto al volume della cellula, la qualità e quantità della sostanza intercellulare e lo scarso contenuto protoplasmatico, e sopratutto la storia clinica, sia costituito da un giovane tessuto connettivo, un connettivo embrionale, le di cui cellule numerose ed in buona parte piccole e rotonde, alcune ovali ed angolose con uno o più nuclei, con protoplasma granoso, non hanno assunto un carattere specifico malgrado alcuni punti, ove gli elementi cellulari essendo più scarsi e la sostanza fibrillare più abbondante e fitta, lasciassero sospettare uno stadio di stabilità, ch'io non credo inammissibile pel fungo del testicolo. Quello strato di cellule addossate io l'ho incontrato verso la porzione più esterna del neoplasma, ove esso acquista la struttura più manifesta delle ordinarie granulazioni, e che

richiama alla memoria la figura del Billroth dei bottoni carnosi riportata anche da Cornil e Ranvier, mentre poi venendo più alla superficie si rinviene la neoplasia infiammatoria disciolta, fluidificata (il pus). Questo preparato ricorda ancora il 2° periodo, dei parecchi che riconosce Virchow nello sviluppo dei tumori in generale, e che chiama stadio di *granulazione*, essendo perfettamente simile a quello che si vede sulla superficie delle piaghe, ove il giovane tessuto vien detto di granulazione. È questo lo stadio d'indifferentismo delle cellule, su cui vi sarebbe molto da dire, se me lo consentisse il carattere dell'argomento che sto trattando, senza pericolo di smarrire la via.

Richiamo intanto l'attenzione su di un altro preparato microscopico di fungo della data di 23 mesi portato da un certo Pasquale Lib: commerciante, prigioniero in Castel Capuano. Il qual preparato è il più importante di due altri consimili, uno appartenente ad un fungo parenchimatoso di mediocre grandezza di un ragazzo di circa tre anni, figlio di un Guardiano del Carcere suddetto a nome di Lecce, in cui meno qualche segno di scrofolosi nient'altro si scorgeva nell'organismo; ed un altro ad un identico neoplasma del teste dritto, della grandezza di un uovo di pollo e della data di circa un anno, in un giovane di Avellino, a nome Angelo Venezia, operato da me nell'Ospedale degl'Incurabili. Il su nominato individuo prigioniero avea l'età dei 38 anni, il neoplasma apparteneva al testicolo sinistro, e la sua comparsa fu preceduta da una forma sintomatica di lieve e lenta infiammazione di quell'organo senza causa nota seguita da piccolo ascesso, che apertosi dal fondo lasciò tosto apparire la neoplasia, la quale andò lentamente ad ingrossare, raggiungendo in 23 mesi il volume d'un uovo di gallina. Però l'ingrandimento degli ultimi cinque mesi fu così poco sensibile, che l'infermo credeva il tumore fosse rimasto stazionario.

Questo era a larga base, granoso alla superficie, al tatto assai resistente e con la forte pressione laterale fatta con le dita non dava alcun dolore, solo la pressione di sopra in sotto svegliava dolentìa per la compressione sulla porzione del testicolo sottostante. Egli l'avea portato con non curanza senza sospensorio e coverto da pochi sfili, e se non fosse avvenuto il caso della sua prigionia non se ne sarebbe curato, perchè non gli recava altra molestia che quella della sola pesantezza, permettendogli senza pena l'assistenza ai suoi affari. Questo individuo era ammogliato con prole, di uno sviluppo scheletrico regolare ed in tutto il resto di sua vita, meno delle febbri intermittenti e due blenorragie completamente guarite, non altro di contemplabile ebbe a patire. Asportato il tumore con l'*écraseur* esso mi mostrò allo spaccato un colorito biancastro e nella sua parte centrale lasciava scovrire una apparenza di fini tratti fibrosi del connettivo. La sua resistenza notevole faceva presentire una struttura anatomica non comune agli altri tumori della sua specie. Ed invero all'esame microscopico si rilevò quello che si scorge nella fig. 2.ª cioè A, A, sostanza fondamentale fibrillare abbondante, ove assai fitta ove un pò più lassa, le di cui fibre si mostrano flessuose in varii punti. B, piccole cellule plasmatiche (corpuscoli del connettivo) con fini prolungamenti. C, canalicolo seminifero tagliato di lungo con pareti inspessite e cellule degenerate in grasso. Di vasi sanguigni, sì in questo che negli altri funghi, io non ho fatto sufficienti preparati speciali; però posso assicurare che essi arteriosi e venosi vi si trovano ora abbondanti, ora meno, ora con caratteri embrionali, ora con pareti più spesse e lume più stretto. Meno ricchi di vasi sono i funghi di più antica data e più duri, specialmente nelle parti centrali, nei quali vasi non si ravvisa così manifesto il carattere embrionale. Degno di menzione però è il fatto che rami della spermatica bene svilup-

pati si portano nel tumore, nel quale non riesce difficile seguirli. Una più ricca rete di anse vascolari a pareti sottili e vasi capillari si ritrovano nei punti ove è più manifesta la struttura delle granulazioni.

E fermandomi su quest'ultimo preparato io credo che l'interpretazione di quegli elementi conforme all'idea del semplice granuloma non avrebbe una base solida. L'esame macroscopico del tumore ci ha dato una rassomiglianza non dubbia col fibroma, il microscopio ci ha mostrato corpuscoli del connettivo poco numerosi e fasci bene sviluppati di fibre del connettivo; e perciò la significazione istologica del neoplasma non corre spedita pel semplice granuloma. Per parte mia vi ravviso una costituzione fibromatosa del tumore, (fibroma semplice) susseguita al semplice granuloma.

Questa sentenza però mi trasporta nel campo di una discussione, non priva d'interesse, riguardante la possibilità della trasformazione fibromatosa del fungo in parola, che si vorrebbe assolutamente negare, e fra le tante ragioni si adduce quella che da altri non è stata finora indicata. Ma io, sebbene solo, mi credo obbligato a riconoscerla ed a sostenerla, sì perchè l'ho trovata, sì perchè essa non osta nè la patologia nè la clinica.

La possibilità di una trasformazione mixomatosa del fungo benigno del testicolo non potrà onninamente essere contrastata oggi, che da Rindfleisch sono stati scoverti dei tratti di tessuto mucoso di Virchow nelle granulazioni, in particolare quando diventano lussureggianti. Una produzione abbondante di tessuto mucoso nel fungo suddetto ne segnerebbe la trasformazione. Nè si potrà non accettare l'opinione che il fungo del teste sorto benigno, possa qualche volta consecutivamente essere sostituito da elementi sarcomatosi. È ovvio che dal tessuto di cicatrice possa nascere un sarcoma, e le granulazioni rappresentando un elemento

di cicatrice ponno del pari essere il punto di partenza del medesimo tumore. Ora se sono da ammettersi le eventualità di simili trasformazioni e di altre più lontane, io credo che quella fibromatosa dovrebbe sembrare più naturale ed affine.

A questa ultima però si opporrebbe il fatto, che se essa realmente avvenisse il fungo dovrebbe subire inesorabilmente una intensa retrazione cicatriziale, in virtù della quale si appianerebbe a livello della cute circostante, che fondendosi con questo tessuto di cicatrice, formerebbe un tutto continuo, da far scomparire la primitiva scontinuità. Io però non posso associarmi pienamente a questo modo di vedere, tanto più che un eguale linguaggio viene tenuto da Cornil e Ranvier quando fanno parola del processo comune di cicatrizzazione nelle ordinarie e sane granulazioni, non occupandosi dello stato di esuberanza delle medesime da fare tumore, nè tampoco del fungo del testicolo [1]. Del quale fungo del testicolo appena fanno cenno nella terza parte della loro opera, non ha guari uscita alla luce, e con un laconismo da cui si apprende nulla di rimarchevole, meno la notizia, assai confortante per gl' infermi troppo fiduciosi nei poteri fisiologici, che la massa fungoide diminuisce poco a poco per la suppurazione e la guarigione ha luogo per una cicatrice [2]. Richiamando quindi alla memoria quelle leggi del processo di cicatrizzazione, onde contrastare la modificazione fibromatosa del fungo in parola, deve sembrare poco opportuno, o al più varrà a dimostrare ciò che dovrà similmente accadere nel caso della sua scomparsa spontanea.

Intanto giova sapere che non sia da confondersi la trasformazione fibromatosa del fungo benigno con quel conden-

---

[1] Ranvier e Cornil. 1.ª parte pag. 99 e seg.

[2] Ranvier e Cornil, pag. 1098-1099, 3.ª parte.

samento della sostanza fondamentale e quella produzione di fibrille del congiuntivo, che possono succedere nelle granulazioni , come è stato dimostrato dai moderni micrografi. Preoccupato di questo scambio sento l'obbligo di rivenire su certe idee che spero meglio interpretare. Io credo che la causa dell'abbaglio nel voler ribattere la possibilità della trasformazione fibromatosa del fungo del testicolo stia appunto nell'apprezzamento poco a proposito e nell'assimilazione completa a questo tumore di quelle notizie d'istologia patologica delle granulazioni, che Cornil e Ranvier hanno contrassegnate per spiegare il processo finale della cicatrizzazione nell'infiammazione e nelle ferite sia per prima che per seconda intenzione [1]. Questi scrittori non addebitano quei processi di istologia alle granulazioni quando sono sì esuberanti da formare tumore, nè pensano in quel momento al fungo benigno del testicolo. La trasfigurazione minuta di quelle cognizioni d'istologia a pro di questo neoplasma del testicolo non sarebbe conforme alla realtà dei fatti. Una superficie granulante di una soluzione di continuo in lodevoli condizioni può designarsi eziandio con la parola granuloma, ma tra questo e l'altro granuloma che è il fungo del testicolo vi è tale differenza, per quanto quest'ultimo ha formato lo studio speciale d'illustri scienziati e si richiede sovente tutta l'attività del chirurgo per non perdere tutto intiero un organo importante. Io non nego che nel fungo benigno, essendo esso originariamente costituito da granulazioni, possa del pari, durante il suo accrescimento, verificarsi il condensamento della sostanza fondamentale e la produzione di quelle fibrille del connettivo, ma fa necessità vedere fino a qual grado la produzione di quelle fibrille è da giudicarsi come compatibile ed in rapporto con l'ordinario e semplice tessuto di granu-

[1] Oper. cit.

lazione. Imperciocchè se nel fungo avvenisse in seguito la formazione di fasci bene sviluppati di fibre del connettivo, e gli elementi cellulari embrionali prendessero la forma decisa dei corpuscoli stabili del connettivo come nel caso riferito, e se nel medesimo tempo il neoplasma divenisse persistente con tendenza ad ingrandire e si mostrasse ribelle agli ordinarii metodi curativi, allora non dovrebbesi muovere dubbio sulla trasformazione fibromatosa del medesimo. La quale avrebbe luogo nelle parti più centrali del neoplasma, mentre negli strati più esterni continuerebbe lo sviluppo di nuove granulazioni. Che poi in ogni caso avvenendo la trasformazione suddetta, il tumore debba necessariamente retrogradare corrugandosi e scomparendo è quello che realmente non si è dimostrato, lo che non deve autorizzare a stabilire delle leggi fisse ed invariabili sulla sua evoluzione.

Il tessuto di granulazione in generale (bottoni carnosi) rappresenta una neoplasia infiammatoria diretta a riparare una perdita di sostanza od una soluzione di continuo, ed anche quando è esuberante non deve essere giudicato diversamente, se non che in tal caso la neoplasia essendo eccedente costituisce una condizione anormale, che ritarda ed impedisce il compimento della regolare cicatrizzazione. Ed anche nel fungo benigno le granulazioni sorgono per riparare una perdita di sostanza avvenuta in seguito della suppurazione del teste, ma esse eccedono nel loro sviluppo, diventano fungose, lussureggianti, per condizioni locali speciali non tutte spiegabili, fra le quali è da mettersi a calcolo il prolasso della sostanza seminifera attraverso l'apertura dell'albuginea, e che costituiscono un ostacolo alla riparazione perfetta della soluzione di continuo.

Ciò premesso opino che si possa venire alle seguenti conclusioni, cioè, che quando il tessuto di granulazione è nor-

male, quando si mantiene nei giusti limiti e niuno ostacolo si frappone alla sua organizzazione, esso da tessuto embrionale si tramuta in tessuto congiuntivo perfetto, acquistando le forme del connettivo adulto ricomponendo le parti affette e dando luogo alla cicatrice. Invece quando si dà il caso che le granulazioni diventino a tal segno lussureggianti da formare tumore, che sovrasta la soluzione di continuo, e questo persiste per lungo tempo ed anzi diviene più voluminoso e resistente al tatto, quel tessnto embrionale continua la sua progressione e potrà subire in alcune sue parti, come nelle più centrali, quella medesima evoluzione che nel caso su detto, cioè trasformazione del tessuto embrionale in tessuto congiuntivo perfetto, mentre alla superficie della neoplasia non si arresta lo sviluppo delle granulazioni, delle quali alcune si disfanno con la suppurazione ed altri processi di degenerazione, ed altre se ne ricostituiscono. Quella massa sporgente si organizza così divenendo stabile e non ripara la perdita di sostanza, non mena più alla definitiva cicatrizzazione, anche per i suoi alterati rapporti colle altre granulazioni del resto della soluzione di continuo e con la periferia, dalla quale sovente debbono provenire altri elementi ed altri poteri, che nello stato ordinario concorrono alla cicatrizzazione. Il tessuto però raggiunge anche il suo tipo finale più o meno perfezionato, ma in uno stato abnorme.

Or sono parecchi anni ebbi a trattare nelle mie lezioni di clinica chirurgica, nella 7.ª Sala dell'Ospedale degl'Incurabili, un contadino floridissimo nelle sue condizioni generali dell'organismo, che presentava nel mezzo d'una piaga estesa di parecchi centimetri, esistente al terzo inferiore e regione antero-interna della gamba sinistra, un tumore della grandezza d'un grosso uovo di pollo, di forma quasi globosa ed a larga base, di superficie coverta di buone granulazioni come quelle del resto della piaga che lo circondava. Era

indolente, di una durezza elastica, e non dava che lieve incomodo al paziente. Il corso era di quattro anni, ed esso cominciò a sorgere dopo alcuni mesi che quella piaga si era formata, in seguito di una ferita contusa su quella regione. Crebbe quel neoplasma fino alla citata grandezza e tutti i rimedii usati ed i caustici ordinarii non valsero a guarirlo. Questa ostinatezza obbligò l'infermo a portarsi all'ospedale. Quando io mostrai il caso ai giovani, questi andarono tosto all'idea di un tumore infettante, ma dall'esame obbiettivo di alcuni fatti culminanti, fra i quali quello delle buone granulazioni sì alla superficie del tumore che sul restante della piaga dintorno, nelle mie conclusioni cliniche ammisi possibilmente l'esistenza di un neoplasma costituito da granulazioni lussureggianti e giudicai la sua persistenza e la sua durezza al tatto per una trasformazione fibromatosa di quel giovane connettivo. Esciso il tumore la diagnosi fu pienamente confermata dal microscopio, impercioccchè se alla superficie di esso si rinvennero elementi di un tumore di granulazione, negli strati più interni si notò una costituzione tipica fibromatosa. Allo spaccato il tumore dava alla vista il colorito e al tatto la resistenza del fibroma.

Dall'esame cronologico e critico di tutti questi fatti concernenti principalmente la patologia del tessuto di granulazione nello stato ordinario ed in quello di lussureggiamento, e tenendo di mira l'importante preparato microscopico nella 2.ª figura, la possibilità della trasformazione fibromatosa del fungo benigno del testicolo diviene una realtà dimostrata. Quel condensamento della sostanza fondamentale e quella comparsa di fibrille di tessuto congiuntivo nel tessuto di granulazione ordinario, quando sta per raggiungere il tipo finale del tessuto di cicatrice, nel modo come vien descritto da Ranvier e Cornil non hanno servito che a fornire lume alle mie ricerche.

Riconosciuto ciò il carattere della grande persistenza della neoplasia in taluni rincontri e quello di mostrarsi estremamente ribelle, troverebbero qualche volta la ragione nella trasformazione fibromatosa di essa, non potendosi in tutti i casi invocare l'altra spiega desunta dal fatto, che il fungo non sempre risulti da un ascesso semplice, ma sì bene da un tubercolo rammollito o da focolai sifilitici, che l'imprimerebbero quei caratteri suddetti, come riferisce Virchow sulla fede di Cooper e di altri scrittori a lui precedenti: perchè insieme alla persistenza non sempre si è potuto dimostrare nè l'esistenza del tubercolo nè quella di focolai sifilitici.

L'esaurimento spontaneo del tumore, il corrugamento cicatriziale, l'infiltramento calcare, la degenerazione grassa, il disfacimento purulento etc. non depongono in modo assoluto contro la possibilità della trasformazione fibromatosa: sono invece metamorfosi e degenerazioni che per la loro frequenza nel fungo ne dimostrano ciò che già si sa, cioè la notevole caducità degli elementi, ma che del resto son fatti che possono accadere, sebbene raramente, in altri tumori non costituiti da elementi così transitorii, e l'avvizzimento spontaneo dei fibromi papillari non rappresenta un avvenimento così raro da non essere conosciuto.

La trasformazione fibromatosa con la permanenza del fungo sarebbe solo inammessibile se si potesse dimostrare il costante esaurimento e disfacimento spontaneo del medesimo, ma prove in questo senso mancano, mentre vi sono incontrastabili per l'altra forma tipica di granuloma che è la gomma in genere, in cui la massa neoplastica ordinariamente si vede sparire o disfarsi per opera delle su indicate metamorfosi ad essa più comuni. E quì cade acconcio l'avvertire come sia un errore riferire al fungo del testicolo quello che avviene e spetta alla gomma in generale, avvegnachè fra le due neoplasie vi

passa una grande distanza. L' analogia della struttura istologica non autorizza a concludere dell' identità dei due processi, fra i quali si deve riconoscere un antagonismo quando vengono considerati rispetto alle loro cause, all'evoluzione, alla forma clinica, ed ai mezzi terapeutici.

Io son d'avviso, che se fosse permesso di raccogliere una serie di funghi e lasciarli al loro corso senza alcun soccorso chirurgico, alcuni di essi resterebbero permanenti in virtù della trasformazione fibroide suddetta presentando la stessa stabilità del fibroma. Una prova sta nell' osservazioni di funghi di antica data per trascuranza degl' infermi, senza che in essi si ravvisi alcuna tendenza a processi di regressione e con caratteri a maggiore incremento. E l' apparenza fibroide, giova notarlo, è stata da me ravvisata appunto in funghi della data di un anno a 23 mesi, in cui il carattere dell' ulteriore ingrandimento e persistenza non faceano difetto ; mentre nei funghi più recenti prevalgono gli attributi del granuloma. Sicchè conchiudendo si può stabilire che nel fungo benigno del testicolo siano da contemplarsi due stadii nel suo sviluppo. Nel 1.° esso non è fatto che da granulazioni lussureggianti e rappresenta un *granuloma* (semplice), il quale come tale può esaurirsi spontaneamente o cede a mezzi ordinarii di cura locale. Nel 2.° poi la sua costituzione divenendo fibromatosa si tratterebbe di un *granulo-fibroma* con caratteri di persistenza e non più atto alla scomparsa spontanea, richiedendo l' intervento del chirurgo più attivo ed efficace. Nei casi in cui il neoplasma raggiunga questo secondo stadio di sviluppo i canalini seminiferi s' incontrano più rari nella sostanza del tumore, deformati, o sono perfettamente scomparsi per opera della degenerazione fibroide, come mi occorse di osservare nel fungo parenchimale di Angelo Venezia sopra citato. Questo secondo stadio possibile nel fungo del testicolo lo è egualmente nelle

granulazioni lussureggianti a guisa di fungo su altre soluzioni di continuo, come ne ho riferito un caso.

Compiuta l'anatomia patologica del fungo parenchimale ed appianate le altre quistioni in correlazione della medesima, resta a stabilire l'anatomia patologica del fungo superficiale o del periteste. Ma me ne posso tosto disbrigare col fare in breve rilevare che il neoplasma in tal caso sorge dall'albuginea messa allo scoverto da una ferita, gangrena od ascesso: che il lussureggiamento della stessa natura della prima forma non suole raggiungere un notevole volume e vi ha di rimarchevole l'assenza di canalicoli seminiferi. Il cercine dintorno è costituito dagli altri tessuti componenti gl' involucri scrotali. Frattanto il neoplasma abbandonato a se stesso può talvolta approfondirsi ed interessare il parenchima del testicolo, e si comprende come in questa circostanza si possano rinvenire nel tumore i tubulini seminiferi come pel fungo parenchimale.

Il Prof. Verneuil ha parlato di un fungo dell' epididimo di cui ha supposto la possibilità, e che secondo il Dott. Nepveu [1] non sarebbe stato ancora descritto da altri. Io però per debito di giustizia fo rimarcare che di quest'altra varietà di fungo fu già tenuta parola da A. Cooper. Questo insigne chirurgo scrisse come il fungo benigno del teste possa nascere in seguito dell' apertura di un ascesso del testicolo o dell' epididimo. Di talchè egli intravide così ed ammise l'esistenza di questo fungo dell' epididimo, che per quanto io sappia non fu da alcuno combattuta. E nascendo un fungo dall' epididimo non è da credersi che la sua struttura anatomica sia diversa da quella ora descritta pel fungo del teste. Se non che anche in questa varietà si potranno incontrare all' esame microscopico i canalicoli seminiferi

---

[1] Contribution à l'étude des tumeurs du testicule. 2.e edition. Paris 1875.

di cui abbiamo discorso per la forma parenchimale, con qualche diversità concernente la loro maggiore ampiezza ed il carattere dell'epitelio. Il tumore poi si presenterà precisamente là dove corrisponde la sede dell' epididimo.

Le su riferite innovazioni da me apportate all' istologia patologica di questa neoplasia del testicolo, rendono poco sicura in Clinica la sostituzione della parola *granuloma* a quelle di fungo benigno, conciosiachè con la prima si verrebbero matematicamente a circoscrivere i limiti dello sviluppo del neoplasma, mentre abbiamo visto che esso, conservando il carattere della sua benignità, possa qualche volta raggiungere come naturale periodo del suo sviluppo una organizzazione più perfetta con la trasformazione fibroide. È indubitato che oggi non corrisponda più ai progressi della Clinica e della Patologia il servirsi di certi nomi desunti da vegetali od animali per dare, in ragione di una certa rassomiglianza con essi, il nome ad alcune malattie ed in specie ai tumori. Ma quando a certe denominazioni va già congiunto un significato convenzionale sì clinico che anatomo-patologico, l'incompatibilità col progresso scientifico svanisce. E poi tenendo presente le diverse epoche della letteratura medico-chirurgica ci possiamo agevolmente accorgere, che a quelle espressioni prese dal regno animale o vegetale, oggi guidati appunto dal progresso dell' anatomia patologica e della clinica, non si dà più quell' antico valore ed erronea interpretazione; e perciò che vediamo ancora adoperati parecchi di quei nomi da Virchow, a cui non si può certamente rimproverare di seguire la via del regresso scientifico.

Intanto a parte della ragione suddetta non propizia all'uso in Clinica della parola granuloma, vi ha a notare come certi nomi trovino il loro posto più adatto nello studio dell'anatomia patologica, ove guardandosi i processi morbosi prin-

cipalmente sul tavolo anatomico e sotto il campo microscopico, riesce facile e più conforme al carattere dell' insegnamento di fare il confronto di tutte le alterazioni morbose affini con i punti di contatto e di differenza, e così sarebbe fatto ancora pel granuloma, *fungo del testicolo*, che troverebbe tosto il confronto con altri granulomi e particolarmente con quello tipico del medesimo organo che è la gomma. Ma in Clinica si tiene una via inversa nello studio del processo morboso, il quale viene analizzato sull'uomo vivente, ed all'esame concorrono molte altre circostanze, meno quel paragone materiale suddetto, al quale se fa mestieri pervenire vi si giunge quasi direi dottrinalmente senza il pezzo alla mano. Posto ciò se in Clinica chirurgica si osservasse il tumore del testicolo, di cui ci stiamo occupando, e si desse senz' altro ad esso il nome di granuloma, questo non si comprenderebbe senza che prima o dopo non si parli del fungo benigno del testicolo, e ciò è tanto necessario che se si segnasse il nome della malattia con quello di granuloma del testicolo, sarebbe più logico e più conforme alla realtà dei fatti che dai lettori si pensasse alla gomma piuttosto che al fungo. Sarebbe poi assolutamente in clinica necessaria una diagnosi differenziale, onde non confondere insieme i due granulomi. Se al contrario si nominasse il tumore fungo benigno del testicolo, e si dicesse come il medesimo sia costituito da fungose e lussureggianti granulazioni e che perciò da Virchow è stato annoverato tra i granulomi, ciò basterebbe, e sembrerebbe quasi strano se si passasse alla diagnosi differenziale con la gomma del testicolo, (altro granuloma) che è un prodotto di sifilide, la di cui forma clinica non à alcun contatto col fungo già sviluppato. Si potrebbe per verità suggerire, onde allontanare qualunque malinteso, di chiamare il fungo benigno *granuloma semplice*, e così cadrebbe la bisogna di parlare della gomma che è un *gra-*

nuloma specifico. Siccome però anche una superficie granulante di una piaga scrotale può appellarsi con lo stesso nome di granuloma semplice, così questo ripiego neppure basterebbe ad apportare il benefizio della chiarezza.

Da tutto ciò risulta che in Clinica si farebbe meglio a conservare il nome di fungo benigno, anche volendo ritenere che questo sia costituito sempre da semplici granulazioni; ma avendo io dimostrata la trasformazione fibromatosa del neoplasma, la preferenza di quest'ultima denominazione appare indispensabile, tanto più che il qualificativo benigno al presente non implica alcuna idea degli antichi rispetto agli elementi anatomici dei tumori. Si evita così nello stesso tempo una prolissità obbligata e poco utile.

Patogenesi del fungo benigno — Suoi rapporti col prolasso della sostanza seminifera — Sua differenza coll' ernia del testicolo.

Nel capitolo precedente fra gli argomenti trattati ho assolto la quistione della sede del neoplasma, che può essere del parenchima dell'organo, ed è il caso più frequente, o del periteste, che costituisce l'avvenimento più raro. Non ho discusso, seguendo il Riccardi, se la peritestite fungifora, come egli chiama tutto il processo morboso, possa accendersi e nascere nel corpo di Higmoro; avvegnachè formando questo una parte integrante del periteste, rappresentandone il più considerabile prolungamento, può costituire benissimo il punto di partenza del neoplasma. Ma risovvenendomi che i tuboli seminiferi provenienti da ciascun lobo penetrano nel corpo di Higmoro e si anastomizzano con i canalini degli altri lobi nella spessezza di detto corpo, dando così origine alla rete di Haller, non riuscirà superfluo aggiungere che il neoplasma nascendo da questa parte del teste conterrà possibilmente dei canalini seminiferi, e

perciò il fungo apparterrebbe più alla forma parenchimale che all' altra superficiale.

Passo ora a ragionare della patogenesi di questo tumore e mi fermo primieramente sulla forma parenchimale.

La maniera d'insorgere del neoplasma è diversa, trovandosi essa in relazione col morbo, che suol precedere la sua manifestazione.

Sembra però che due sieno le maniere principali con le quali s'inizia, cioè o formasi sopra un punto dello scroto un piccolo ascesso, dopochè ha preceduto per settimane e mesi un ingorgo duro infiammatorio del teste, il quale ascesso aprendosi lascia poi vedere dal suo fondo sorgere il fungo: oppure, precessi quei medesimi fatti infiammatorii, si vede apparire sullo scroto una macchia rossa, alla quale poscia succede un' ulcerazione con margini assottigliati e scollati, e quindi il neoplasma dal fondo della medesima. A. Cooper fa parola della prima maniera d'insorgere. Lawrence e Curling solo della seconda. Ma può verificarsi nell' uno e l' altro modo.

Intanto a me pare che non sia il caso ordinario ciò che da alcuni si dice, e che io non pretendo di escludere, vale a dire che il neoplasma nasca dal fondo della cavità ascessoide, come da un punto della membrana piogenica degli antichi, perchè se nella superficie interna dell'ascesso si fosse già ben formato quello strato più spesso di giovane tessuto congiuntivo della detta membrana, come darebbe a pensare quella maniera di dire, esso farebbe da barriera ai canalicoli seminiferi e ne impedirebbe il prolasso — Io opino invece, che canalicoli seminiferi di uno o più lobuli del teste, non restino abbastanza garentiti dopo l'apertura di quell' ascesso o la formazione dell' ulcera suddetti e si prolassano, venendo fuori al fondo di quelle soluzioni di continuo attraverso l'apertura dell'albuginea non sufficien-

temente ampia da permetterne una locomozione maggiore — E questa a me sembra sia la causa, se non assoluta, la più sostanziale del perchè l'ascesso vuotandosi non vada tosto a guarigione, e si vede all'opposto sorgere quella neoplasia, che trovasi in rapporto diretto con la massa seminifera sporgente. Ciò vuol dire che le granulazioni lussureggianti ripetono la loro origine principalmente dal connettivo delle pareti dei canalini seminiferi prolassati e da quello ad essi interstiziale, i quali canalicoli rappresentano lo stimolo alla moltiplicazione successiva degli elementi, e formano l' ostacolo al riempimento e riparazione regolare del cavo ascessoide e dell'ulcera —E tenendo presente una mia osservazione, in cui coll'aprirsi dell'ascesso vidi e toccai nello stesso momento nel fondo della soluzione di continuo una piccola massa carnosa, che dopo alcuni giorni aumentò sensibilmente di grandezza e formò scorso un mese un fungo parenchimale di notevole volume, io debbo pensare che in qualche caso innanzi che l' ascesso del testicolo si apra, già una massa granulante di canalini seminiferi faccia sporgenza nella piccola cavità ascessoide, da apparire tosto che la parete scrotale di questa si esulcera. E chi sa se in altre contingenze quella lenta infiammazione del teste, che precede per mesi gli ultimi fatti morbosi che segnano l'imminente formazione del fungo, dando luogo nel parenchima dell' organo alla produzione di una massa di quel giovane tessuto congiuntivo, a quel connettivo embrionale delle granulazioni, donde quell' ingorgo duro ed elastico, non sia essa poi che tenendo a svilupparsi all'esterno, produca poscia col suo stimolo quel piccolo ascesso, sovente insignificante, o quella ulcerazione in seguito di che si vede sollecitamente venir fuora a guisa di fungo? L' osservazione mia su riferita e qualche altro caso consimile lo farebbero sospettare. È questa una delle lacune da colmarsi pel fungo in parola.

Frattanto il prolasso dei tuboli seminiferi, contrariamente a ciò che altri pensano, io sono d'avviso che non sia sempre indispensabile alla formazione del fungo, che può del pari costituirsi senza il concorso di esso. Basta che l'albuginea sia aperta in un punto e la sostanza del testicolo messa allo scoverto, senza ancora la sua precedente rimozione, perchè il tumore possa sorgere come dal fondo granulante di una cavità ascessoide, ed in questa circostanza la neoplasia parte dai sepimenti fibrosi, che la superficie interna dell'albuginea invia e vanno a divedere il parenchima del testicolo in tanti piccoli lobuli, ed eziandio dal connettivo dei canalicoli spermatici rimasti pel momento in sito. La massa granulante a misura che sporgerà all'esterno trasporterà sempre più imbrigliati nella sua sostanza anche i canalini suddetti. In qualunque maniera il fungo siasi costituito, se rimedii opportuni non vengono apprestati, continuando esso a crescere, tutta la massa seminifera del teste può di mano in mano risolversi in quella neoplasia connettivale.

Tralascio la quistione se i nuovi elementi cellulari che vanno a formare questo tumore sieno da ritenersi come leucociti emigrati (*cellule migratrici*), o elementi connettivali in proliferazione del luogo affetto, avvegnachè giudico questa discussione non a proposito per l'argomento che sto trattando, e di niun merito, perchè dovrei fare la rassegna di ciò che si è scritto a questo riguardo fino ad oggi e di cui ognuno mediocremente avviato negli studii d'istologia è bene informato. Solo mi limito a dire, che, essendo mia abitudine di non essere esagerato ed esclusivo in fatto di scienza, ammetto il concorso dei due fattori accennati e ciò finchè la proliferazione degli elementi cellulari del tessuto non sarà dichiarata insussistente.

Rimane quindi assicurato, che il prolasso o ernia della so-

stanza seminifera attraverso l'albuginea scontinuata suole ordinariamente precedere lo sviluppo del fungo e ne rappresenta una condizione sostanziale. La compressione esercitata dalla detta membrana, che si retrae per l'infiammazione, dice Nélaton [1], sulla sostanza testicolare ne favorisce lo sviluppo.

E venendo all'altro fungo nominato del periteste, essendo che la neoplasia nasce fuori la sostanza seminifera e propriamente dall'albuginea, debbo dire che esso sarà possibile che sorga ogni volta che questa membrana sarà posta allo scoverto per una di quelle cause, che dirò nel capitolo seguente, e che la soluzione di continuo non sia trattata con opportuni rimedii. Le granulazioni nascenti sulla medesima ponno divenire fungose lussureggianti da dar luogo al neoplasma in parola.

Ma Hennequin non crede sia acconcio il nome di fungo benigno per quest'ultima forma e non approva che Jarjavay l'abbia voluto conservare. Egli in apparenza sembra di bene apporsi, ma nel fatto ha il torto di voler separare processi che debbono stare uniti. Il fungo del periteste nasce dall'albuginea e resta immune il parenchima dell'organo e sta bene, ma ciò non autorizza a non chiamarlo fungo, perchè se esso non sorge dal parenchima prende però origine da una membrana, la quale è annessa intimamente all'organo — Di più è dimostrato come il fungo superficiale possa divenire profondo, parenchimale, ed è questa una circostanza che obbliga non solo a riconoscerlo in clinica, ma a studiarlo assieme all'altra forma, ed a farne un minuto confronto. Non si dubita che il fungo superficiale presenti un significato pronostico di poca importanza rispetto all'altro, che compromette parte o tutto un organo importante. La maggior gravez-

---

[1] Nélaton. Patol. chir. vol. 2 pag. 649.

za però della forma parenchimale, non è una ragione sufficiente per far cambiare di nome l'altro superficiale, che, come si è detto, non ci rende sempre sicuri dell'integrità del testicolo — Se ad Hennequin [1] è venuto in mente di chiamare il fungo superficiale col nome di fungosità del periteste, e vi vuol trovare ancora identità coll'ernia del testicolo, non vi ha chi lo impedisca: intanto il suo linguaggio fa sentire il bisogno di una critica per rettificare l'interpretazione di alcune alterazioni morbose, che hanno già un valore determinato e conosciuto, e da cui il suddetto scrittore mostra dipartirsi.

Secondo il mio modo di vedere la parola fungosità andrebbe bene adoperata sì pel fungo superficiale che pel profondo, imperciocchè in quest'ultimo caso anche trattasi primitivamente di una fungosità, che è sinonima di granulazioni fungose, lussureggianti etc. Se non che è una fungosità più grave per ragioni che si comprendono e che già sono state ripetute. Al più si potrebbe dire che la prima è una fungosità superficiale, del *periteste*, e la seconda una fungosità profonda, del *parenchima*. Ora la restrizione della parola fungosità al fungo del periteste non appare una felice idea, perchè anche il fungo parenchimale è una fungosità, e se si volesse fare quella distinzione di Hennequin essa potrebbe far venire fra gli altri sospetti quello, che le fungosità nate sull'albuginea sieno diverse dalle altre che sorgono dal parenchima dell'organo. Stando quindi al fatto che la parola fungosità può essere adoperata anche per esprimere il fungo parenchimale, ed essendo noto che le fungosità costituite da granulazioni fungose presentano la medesima struttura anatomica in qualunque parte esse si rinvengono, potendo ancora andar soggette alle medesime degenerazioni e tra-

---

[1] Oper. cit.

sformazioni, quel cangiamento di nome pel fungo del periteste non ha ragione di esistere. Se Hennequin intendesse adoperare il nome di fungosità pel fungo superficiale, perchè questo non suole raggiungere un notevole volume o perchè non contiene canalini spermatici, neppure mi sembra giustificato, perchè vi sono ancora di funghi parenchimali piccoli ed altri, sebben rari, della stessa origine in cui non è possibile incontrare quei canalini , come ancora se ne possono trovare di quelli superficiali grandi, ed in cui il processo diffondendosi al parenchima dell'organo lasciano scorgere poi i canalini spermatici. Sicchè le fungosità in generale ponno eziandio andare distinte in grandi e piccole.

Da qualunque lato vogliasi guardare la quistione appare sempre nulla fondata la sostituzione di fungosità al fungo del periteste, il quale per tutte le altre ragioni suddette, e perchè da alcuni si è creduto la sola forma possibile[1], non può e non deve essere considerato che come una varietà di fungo benigno del teste.

Vediamo ora se sia possibile l'assimilazione del fungo benigno superficiale coll'ernia del testicolo, stantechè Hennequin crede non esservi differenza alcuna.

Ammesso che il significato della parola ernia sia compatibile applicata al testicolo, bisognerà ritenere per ernia di quest'organo quando il medesimo, attraversando una apertura accidentale degli involucri scrotali, venga in parte o tutto esteriormente. Avvenuto questo primo fatto morboso ne dovrebbe pur conseguire l' altro consistente nella formazione di granulazioni lussureggianti (fungosità di Hennequin) sulla sua superficie e propriamente sull'albuginea, per riconoscervi quella singolare intimità di rapporti fra le due lesioni, per la quale il su scritto autore non vi scorge alcuna differenza.

[1] V. Riccardi. Oper. cit.

Sembra però che il nominato scrittore, per formarsi questo concetto del processo morboso in parola, sia partito da un principio immaginario, cioè ogni volta il testicolo è posto allo scoverto debba necessariamente uscire fuori dai suoi involucri ed esser considerato come ernia. — Mentre può succedere, come succede, che il testicolo messo allo scoverto per una soluzione di continuo non estesa dello scroto resti in sito e non subisca alcuno spostamento, e dal periteste poscia si vede sorgere il fungo. In questo caso si ha il fungo senza l'ernia dell'organo. Ma se anche questa avvenisse e poi formasi il fungo importa moltissimo a saper distinguere i due stati morbosi, che sono essenzialmente diversi e che meritano distinti riguardi. Vi ha in tal rincontro un fungo sorto dall'albuginea del testicolo che fa ernia.

Non ha molto da che nella mia Sala dell' Ospedale degl'Incurabili, ebbi ad osservare un individuo nel quale, per parziale distruzione dello scroto, il testicolo venne a sporgere per metà fuori ed in guisa da essere diviso in due da un solco circolare prodotto da un ben serrato cercine scrotale. La metà interna rimasta coverta dallo scroto sembrava più piccola. Dall'albuginea della porzione esterna allo scoverto partirono tosto fungose granulazioni, che sollevate ed ammassate insieme formarono un fungo a larga base e con tali caratteri, che tutto il tumore mostrava le sembianze di un fungo benigno parenchimale, essendo facile distinguere al toccamento quella minima porzione ricoverta dallo scroto e sottostante al tumore principale, con la quale quest'ultimo faceva continuazione. Alcuni colleghi e parecchi allievi del mio studio privato che non aveano assistito all' evoluzione del morbo, giudicando tutto il tumore come fungo benigno ne commendavano l'asportazione. — Io però non fui di questo avviso e rilevando l'importanza del caso ed il deplorevole errore in cui si cadeva coll' asportare, in luogo del fungo,

un testicolo, che potea benissimo essere conservato alle sue funzioni, proposi ed eseguii l' allargamento dell' apertura scrotale liberando il teste da quella forte strettura, lo rientrai per quanto potetti, vi composi una moderata fasciatura compressiva, che rinnovata ogni ventiquattro ore portò l'atrofia delle granulazioni fungose e la cicatrizzazione completa della parte, facendo ritornare integro il testicolo nei suoi dominii.

Resta quindi stabilito che il fungo superficiale e l'ernia del testicolo costituiscono due lesioni distinte, che si possono combinare insieme, ed in tal caso si richiede una gran diligenza per saperle riconoscere, onde non fallare nella cura. — In simile contingenza, come ho su notato, puossi il tumore scambiare ancora con un fungo parenchimale.

E rivenendo ancora un pò sull'ernia del testicolo è utile aggiungere, che non sia esatto di servirsi del nome di ernia, come parecchi scrittori fanno, quando quell'organo resta a nudo in seguito di distruzione totale o quasi degl'involucri scrotali, come sovente avviene per gangrena prodotta da infiltramento orinoso; conciosiaché in tale evento non è il testicolo che ha abbandonato il suo posto, ma sono i mezzi di protezione che mancano, e non esiste più la cavità normale in cui possa l'organo riparare.

Etiologia. — Influenza della sifilide sulla produzione del neoplasma.

Questa neoplasia non s'incontra con frequenza nella pratica, però stando ad alcune osservazioni essa si mostrerebbe con più frequenza in Napoli che altrove trovando nel clima una gran causa predisponente, e ciò ha fatto dire al Riccardi: che sotto la guardatura del sole Napoletano i

germogli fibroidi del testicolo lussureggiano con maggiore familiarità—Succede talora che per lunga pezza non ne capiti alcun caso negli Ospedali e poi avviene che in breve tempo parecchi se ne mostrino. È stato notato come la neoplasia sia più frequente negli Ospedali militari che nei civili, e perciò s'incontrerebbe sovente presso i soldati ed il Riccardi l'osservò a preferenza nella Gendarmeria. Intanto non sappiamo se in seguito dei mutamenti politici avvenuti nel paese, quella predisposizione nei militari si possa egualmente sostenere — Io però posso affermare che negli Ospedali civili non sia realmente così rara, imperciocchè in sette a otto anni a me è avvenuto di osservarne ben quindici casi, la maggior parte nell'Ospedale degl'Incurabili, e tre soli fra i prigionieri di Castelcapuano. Si può asserire con fondamento che il tumore in parola in Italia sia più frequente che in Francia e forse altrove, e dell' Italia le nostre provincie e Napoli ne danno più numerosi casi. — Le vicende atmosferiche, lo stare lungo tempo impiedi carico di pesante fardello, i lunghi e faticosi esercizii del corpo, predispongono a questa come ad altre malattie del testicolo. È ovvio come in seguito di uno sforzo si verifichi qualche volta un'infiammazione del funicello e del testicolo, lo sforzo opera come causa traumatica per la pressione sul cordone del noto arcofibroso del muscolo retto donde l'orchite. Le nostre osservazioni si riferiscono la maggior parte ad individui, presso i quali i disagi della vita e gli esercizii faticosi non facevano difetto. Si ritiene più frequente nelle stagioni di primavera e di autunno. La salute alterata ed una costituzione indebolita potrebbero contribuire al suo sviluppo (A. Cooper). N'è affetto ordinariamente un sol testicolo, raramente ambedue. Casi di doppio fungo ebbero ad osservare Lawrence, Curling, Riccardi e Tenore. Si è osservato qualche fiata un testicolo affetto da fungo l'altro da tubercolo. È raro nei fanciulli,

s'incontra più spesso nei giovani e negli adulti. Nei casi da me osservati ò potuto confermare che l'età la più frequente sia dai 20 ai 35 anni. N'ebbi un caso a 46 anni come un altro all'età di 3 anni circa.

La causa occasionale consisterebbe in uno stimolo locale esterno o proveniente da organi e tessuti vicini ammalati ed infiammati, come le soluzioni di continuo degl' involucri del testicolo, le contusioni, le confrigazioni di quest'organo e dello scroto, le malattie infiammatorie dell' uretra. Tutte le cagioni inoltre capaci di portare infiammazioni suppurative del testicolo e di distruggere una porzione della tunica albuginea o di metterla allo scoverto, possono determinare consecutivamente lo sviluppo del fungo nel modo detto nella patogenesi. Ma come avviene che questi stimoli spesse fiate si limitano solo a produrre infiammazioni e supparazioni, nei quali confini il morbo si mantiene dando luogo poscia alla guarigione; mentre in altre contingenze ne nasce un fungo benigno , il quale si vede non rare volte assumere proporzioni notevoli e con le sembianze complete di un tumore? Questa diversità di effetti per le medesime cause e per le stesse condizioni morbose non è agevole spiegare. Se ne potrebbe trovare la ragione nelle diverse condizioni in cui si rinvengono i pazienti, condizioni dipendenti dalla diversa età e costituzione organica, dal diverso grado di salute ecc. [1] La spiegazione più soddisfacente potrebbe essere quella di riconoscere una disposizione specifica delle parti ammalate ed anche l'irritabilità specifica e qualitativamente innormale del tessuto, per cui esso ora risponde in un modo ed ora in un altro alla medesima causa morbosa. Ovvero bisognerà invocare la diatesi generale specifica di Billroth residente in una disposizione di tutto l'orga-

---

[1] Sangalli — Storia dei tumori. Parte 1. pag. 78.

nismo, od i così detti stimoli interni alla maniera di Rindfleisch. Ma tutto ciò ci trasporta sempre nel campo delle ipotesi e dell'ignoto,

Intanto prima di compiere questo argomento dell'etiologia debbo far notare, come il fungo del testicolo sia ancora possibile che non derivi da una soluzione di continuo comune, potendo questa essere invece un' ulcera prodottasi per tubercolo rammollito di quell'organo ed eliminato dalla quale il fungo insorge, come è stato già provato da lunga pezza da Herff e Morel-Lavallèe. Ma la neoplasia così sorta non giustifica a creare una forma di fungo detta *tubercolare*, che fa correre il rischio di cadere in falsi apprezzamenti anatomici del tumore. Nè il veder sorgere in qualche altro caso il neoplasma da una soluzione di continuo per gomma dell'albuginea o del parenchima del teste deve obbligare ad ammettere un fungo sifilitico. Intanto è stato appunto questo fungo sifilitico che ha dato luogo a non poche controversie, perchè da parecchi scrittori si è voluto scorgere un rapporto diretto tra la sifilide, di cui la gomma è una espressione, ed il fungo; ed Hennequin non esita punto ad ammettere questa forma di fungo sifilitico, di cui trova un sicuro riscontro nelle osservazioni publicate per M. M. Serre di Montpellier, Jarjavay e Rollet di Lyon. La relazione, egli dice, fra le manifestazioni cutanee ed il tumore fungoso è così stretta che a lui sembra irragionevole il rigettare la sifilide, ed invoca il fatto della scomparsa del tumore con gli accidenti cutanei mercè la cura del joduro di potassio, mentre l'escisione del medesimo era stata più volte ripetuta senza risultato, per comprovare il suo asserto.

Gli scrittori citati da Hennequin, ai quali fa mestieri aggiungere Gosselin, de Meric, West, che pure professano la stessa opinione, rappresentano certamente delle no-

tabilità nella materia, ma con tutto ciò la natura sifilitica del fungo del teste non poggia su solide basi. L'esistenza del fungo sifilitico fu già negata da Deville e Ricord, ed oggi i più distinti sifilografi, fra i quali Lancereaux, si uniformano alla stessa opinione negativa. E nel fatto il fungo benigno nasce dal fondo di un focolaio gommoso ulcerato, alla stessa maniera come dal fondo di qualunque altra soluzione di continuo, che abbia interessato gli involucri scrotali ed il testicolo. Si potrà invero sostenere che da un' ulcera gommosa forse sarà più facile a sorgere la neoplasia per la persistenza e la durabilità della lesione. Ma la gomma del testicolo, (parenchima) che rappresenta il tipo dei granulomi, sembra non vada mai soggetto alla fase suppurativa ed ulcerativa, come è stato dimostrato da Ricord, Robert, Lancereaux, Virchow ecc.; e se un'ulcerazione avesse luogo, come qualche volta s' incontra nel corso di un sarcocele sifilitico (Virchow), il fungo potrebbe sorgere dal fondo di essa alla stessa maniera che lo darebbe qualunque altra apertura ulcerosa di quell' organo, senza che vi si debba riconoscere alcun carattere specifico. Nel qual caso l' ulcera potrebbe essere cominciata dalla pelle per pressione o soffregamento, come in quello citato da Huber. Lo stesso accadrebbe per le gomme scrotali ulcerate, di cui non si nega la suppurazione.

La scomparsa del fungo con la cura di joduro di potassio non conferma la sua natura sifilitica. In primo luogo converrebbe dimostrare che la scomparsa sia dovuta realmente a quel rimedio, mentre si sa come essa possa accadere spontaneamente per uno di quei processi su indicati. Se in altre contingenze si è visto il neoplasma resistere alla cura del ioduro, quando poi si vede scomparire durante l'uso del medesimo non si può certificare che il fatto sia ad esso dovuto. È lecito solo pensare che il jo-

duro di potassio ricostituendo l'organismo, rinvigorendolo, possa sotto questo aspetto agevolarne la scomparsa spontanea. Noi abbiamo altrove notato come un organismo malsano sia già una disposizione alla neoplasia. L'essersi poi dopo le escisioni il tumore riprodotto ripetute volte non è un argomento a favore del carattere sifilitico, imperciocchè questo accidente à potuto verificarsi anche in casi ove non vi era ombra di sifilide nell'organismo. La cura antisifilitica, ripeto, potrebbe solo in qualche caso, migliorando le condizioni dell'organismo favorire l'involuzione spontanea del neoplasma. Fra la sifilide e il fungo non è permesso quindi di riscontrare un rapporto diretto, e quella può solo concorrere allo sviluppo del neoplasma operando come stimolo locale. La sifilide non esisteva certamente in quel fanciullo, nel quale io distrussi ed escisi più volte il tumore senza frutto, vedendolo ben tosto ripullulare. Hennequin quindi non si è bene avvisato ammettendo esso pure un fungo di natura sifilitico. Le osservazioni che si ripetono quì in Napoli, come quelle riferite dal dott. Tenore, dimostrano incontrastabilmente l' inammissibilità della natura sifilitica del tumore.

Di tutti gl'infermi da me curati di fungo in parola, un solo mostrava segni evidenti di sifilide; e la frizione della pomata di Cirillo agli archi plantari, a cui lo feci assoggettare, non produsse effetto alcuno sul neoplasma.

Sintomatologia — Corso — Terminazione

Si è fatto notare già negli antecedenti capitoli, come questo neoplasma sia preceduto per settimane e mesi da sintomi di lenta flogosi del teste: ovvero potendo il tumore essere ancora una conseguenza di una gomma o tubercolo del testicolo, allora per un tempo più o meno lungo si rileverà in quell' organo la forma Clinica di quei processi

morbosi — La flogosi intanto che precede si mostra a forma cronica, ed è quello che ho potuto marcare in tutti i casi da me osservati, ed in ciò mi trovo pienamente di accordo col Riccardi e con i migliori osservatori. — Se non che spesso avviene, quando sta per formarsi l'ulcerazione e si approssima l' apertura del piccolo ascesso, che la flogosi si acutizzi. Il neoplasma può conseguire, anche ad una flogosi acuta suppurativa del teste, ma questo non è il caso ordinario. Le supposizioni in contrario di Hennequin non distruggono le osservazioni cliniche giornaliere. La dolentia dell'organo, specialmente al toccamento, può essere considerevole. Ed in un caso da me osservato a Castelcapuano l'ingorgo cronico era accompagnato da dolori spontanei forti del testicolo, che durarono per circa tre mesi e che appena cedevano ai più potenti narcotici. L' ascesso che si forma suole essere ben piccolo e aprendosi lascia venir fuori poca quantità di pus. Alcune fiate è un liquido pressochè sieroso e sanguinolento. In talune circostanze la mollezza sufficientemente estesa lascia credere ad una raccolta abbondante, ma immergendosi il bistorì si resta sorpresi della poca quantità di liquido che ne sorte. Avvenuta l' apertura e formatasi l' ulcera le sofferenze sogliono alleviare, però la soluzione di continuo mostrasi contumace ad ogni maniera di governo, resta stazionaria, o si allarga ed approfonda di più, finchè dal fondo di essa si vede sorgere la neoplasia. La comparsa della fungosa produzione può avvenire sollecitamente e fin immediatamente all'apertura, come ho già fatto rimarcare. Il tumore ingrossa talora rapidamente; più d'ordinario lentamente e va ad acquistare una di quelle forme, grandezza e colorito di cui ho parlato nell' anatomia patologica. Ricordo anche una volta come questo tumore suol variare nella forma, e che la sua apparenza a guisa proprio di

fungo con un peduncolo ben determinato, non debba considerarsi il caso più frequente. Il carattere di non sanguinare è anche notevole, tanto più che il neoplasma sovente, non ben garentito, va soggetto a stimoli esterni, che ne dovrebbero favorire l' emorragia. Il cercine scrotale, che circonda la radice del tumore e che è fatto dalle membrane dello scroto più o meno inspessite ed aderenti fra loro, ora è stretto e serrato, ora è più largo. I suoi margini sono ordinariamente irregolari, qualche volta sinuosi accartocciati ed in parte ripiegati in dentro. La cute scrotale d' intorno mostrasi per un tratto arrossita di un rosso cupo. Essendo il fungo parenchimale, di cui a preferenza mi occupo, preso fra le dita e scostato alla meglio dal cercine suddetto, appare chiaramente che esso fa una continuazione col restante testicolo, che si può trovare diminuito di volume od ingrandito da superare la grandezza del normale. A questo aumento di volume vi concorre anche l' epididimo, che suol trovarsi ingrossato.

Il fungo in parola è indolente per se stesso, ed una pressione moderata non determina alcuna sensazione dolorosa. Jarjavay ha confermato ciò che Serre già avea osservato, vale a dire che per una pressione un po' forte si determina un senso di dolore snervante, come se si premesse fortemente un testicolo sano. Questo fatto notato ancora posteriormente dagli altri osservatori, ha dato a me l'opportunità di rilevare, come quella sensazione si svegli precisamente quando si comprime il tumore di alto in basso, in modo che con esso si viene a premere sul testicolo sottostante superstite, il quale sarebbe il punto di partenza di quel dolore. Da ciò si può argomentare, che quando tutto il teste sia col tempo sostituito dal neoplasma, quella sensazione dolorosa dovrebbe mancare o per lo meno essere ben lieve.

Non si può dire con precisione quale parte del testicolo suole trovarsi con maggior frequenza affetto. A me sembra che il tumore abbia la sede ordinaria sulla parte anteriore e mediana del medesimo e con più frequenza al lato sinistro. Già ho altrove detto come per l' ordinario sia un solo testicolo affetto, ma l'altro lo può essere, sebbene raramente, contemporaneamente o dopo; ovvero vi si possono trovare le note di una flogosi cronica o del tubercolo (Riccardi). Il cordone spermatico può restare integro, però parecchie volte l' ho trovato ingrossato, dolente o varicoso. Essendo il tumore divenuto voluminoso esso arreca fastidio pel suo peso e per le stirature che esercita sul cordone, che contribuiscono alla sua lenta infiammazione. L'idrocele concomitante è rarissimo ed a minimo grado. Le glandole inguinali si presentano tumefatte ed alquanto dolenti, e questa alterazione trovasi in rapporto con lo stato infiammatorio del teste affetto. D'altronde quelle si mostrano spesso sane.

Tenendo presente ciò che ho già precedentemente detto, il tumore raggiunge un certo volume dopo un tempo più o meno lungo. In certe circostanze dopo un mese della sua comparsa già si vede arrivare alla grandezza di un uovo di gallina, come me n' è occorso un caso, mentre in altri rincontri per raggiungere questo medesimo volume passano tre, quattro, sei mesi ed anche un anno. Nell' anatomia patologica già ò segnato il vario volume a cui può arrivare. Esso intanto tende sempre a crescere abbandonato a se stesso [1]. Abbiamo potuto confermare questo carattere in quel fungo di 23 mesi, di cui ho fatto menzione nell'anatomia patologica. Astrazione fatta del tempo spettante ai sintomi precursori del neoplasma, e calcolan-

---

[1] Nélaton vol. 2 pag. 649.

do il corso dal momento della prima comparsa del medesimo, il suo svolgimento non si può giudicare assolutamente lento, come vien da tutti ripetuto , allorquando il tumore si vede in pochi mesi acquistare un volume considerevole.

Può lo stesso a poco a poco scomparire spontaneamente, e ne viene in seguito guarigione con la cicatrizzazione della parte (Lawrence, A. Cooper, Foerster , Cornil e Ranvier). E continuando a crescere può in prosieguo andare incontro a quelle metamorfosi e degenerazioni (degenerazione grassa, disfacimento purulento etc.) non specifiche del solo fungo, già cennate nell'anatomia patologica, dopo che esso avrà sostituito tutto o in parte il testicolo o prodottone l'atrofia.

Questa maniera di dire darebbe a pensare che il fungo del teste presto o tardi, o in un modo od in un altro dovrebbe spontaneamente esaurirsi, ma ciò si può affermare solo a *priori* e non dimostrare, come non si è finora fatto , per mezzo di una categoria di esempii clinici a proposito, e ciò costituisce un altro vuoto da riparare. Intanto esempii clinici vi sono i quali portano a credere all'esistenza di alcuni funghi benigni, i quali non scompariscono se non praticandosi una operazione chirurgica di qualche rilievo, come per ogni tumore propriamente detto , senza di che essi resterebbero duraturi. Ed io che ho ammessa la trasformazione fibroide del neoplasma (granulo-fibroma) dico ancora, che appunto in questa contingenza non è da sperarsi la scomparsa spontanea, e solo l'opera dell'arte lo può debellare.

L'opinione che la fungosità cresciuta tanto da non trovare più sostanza del testicolo nelle tuniche debba cadere, perchè il cercine del foro dello scroto giunge a strozzarla, non sembra così accreditata dai fatti da meritare una illimitata ed indiscutibile accoglienza. — Noi ne accettiamo solo la possibilità.

Diagnosi

Diretta e differenziale.

La diagnosi di questo neoplasma ordinariamente non riesce malagevole , conciosiacosachè i carattari clinici esposti e la sua maniera di svolgersi quasi costante e determinata, ne costituiscono la guida sicura. Nei casi dubbi sarebbe facile di escidere un pezzettino del tumore, che sottoposto al microscopio farebbe sparire l' incertezza. Sebbene il microscopista, come ha fatto avvertire Virchow, si potrebbe trovare imbarazzato nell' interpretazione degli elementi scorti, i quali, trattandosi dei granulomi, ponno avere rassomiglianza con gli elementi di un sarcoma, ed è la conoscenza di alcuni attributi clinici del neoplasma e della sua evoluzione che fa giudicare della reale natura di esso.

In varie circostanze ho manifestato l'avviso, che il Clinico non debba far troppo prevalere il microscopio fra i mezzi diagnostici, anzi a lui interessa che la diagnosi sia sovente fatta senza il concorso di esso, il quale potrà essere richiesto solo per coronare il concetto diagnostico.

Il Clinico nei suoi studii diagnostici deve terminare là dove l'anatomista patalogo comincia, nè il primo devesi stimare la medesima cosa che il secondo e viceversa. Egli il clinico deve servirsi del microscopio come mezzo ausiliario, quando sarà necessario, non come l'elemento principale per comporre la sua diagnosi. Sicchè la diagnosi diretta del fungo in disamina non incontrerà il più delle volte ostacoli , se si fanno esatte le ricerche cliniche e se si tien conto della patogenesi quasi costante del medesimo.

Stabilito che esso sia un fungo benigno è naturale che si sappia quali sieno i suoi elementi anatomici. Converrà

poi primieramente saper ben distinguere se esso sia parenchimale o superficiale. Ed in questa ricerca bisognerà ricordarsi della frequenza maggiore della prima forma, della mancanza dell'apertura dell'albuginea nel fungo superficiale , mentre nell' altro essa si trova forata e sollevando la neoplasia con diligenza se ne ponno distinguere le vestigia, i margini sollevati e ripiegati alquanto in fuori e la evidente continuazione della neoplasia per la via di quell' apertura con la sostanza propria del testicolo. Oltrechè in un periodo in cui già il neoplasma abbia acquistato un certo volume e che una buona parte del teste si sia trasformata nella massa fungoide , il trovare di quell' organo solo una piccola porzione sottostante al neoplasma , costituisce un carattere ben certo della forma parenchimatosa. In tale ricerca non si dovrà obliare , che il fungo del periteste per la sua compressione può portare atrofia del testicolo sottostante, la di cui piccolezza quindi potrà non essere un indizio sicuro del fungo parenchimale, e perciò fa mestieri far tesoro degli altri caratteri e della maniera del primo apparire del neoplasma per stabilire questa specie di diagnosi differenziale.

Intanto nei tempi che già furono la diagnosi diretta non era così agevole, ed i chirurgi impressionati dai caratteri esteriori del neoplasma e mal giudicando del suo corso caddero sovente in fallo. E presentemente anche non sempre si mostra spedita, e ciò accade quando la forma clinica del tumore si allontana dal suo tipo ordinario e la patogenesi n'è oscura. Ed il neoplasma, col quale per lo passato si è frequentemente scambiato ed attualmente si confonde qualche volta, è il cancro del testicolo, e perciò si son praticate delle castrazioni che si avrebbero potuto evitare. Io però credo, che mercè una minuta osservazione, dando un giusto valore a ciascun carattere clinico del neoplasma e facendo assegna-

mento sull'esatta cognizione della patologia delle due affezioni, l'errore si può cansare anche nei casi più difficili.

È risaputo che il carcinoma, nelle sue note varietà, rappresenta una produzione epiteliale, che suole svilupparsi in una età più avanzata che il fungo benigno, il quale sembra più frequente nell'età adulta e nei giovani. Nel carcinoma vi sono dolori lancinanti, che si fanno più specifici nell' ulteriore sviluppo del tumore, mentre mancano nel fungo o le molestie son ben lievi. Il cancro si mostra bernoccoluto ed irregolare nella sua forma, pesante, con ulcera saniosa fetida, con frammenti di tumore che si disgregano o cadono mortificati e con emorragie frequenti. Il fungo è più regolare nella forma, senza quei noduli o bernoccoli, di rado si vede diviso in lobetti, talvolta si mostra proprio a guisa di fungo col suo pedicello, levigato o granuloso alla superficie, con secreto purulento, leggiero di peso, non sanguinante. Il cancro invade, infiltra, sostituisce non solo il testicolo ma i tessuti vicini e non risparmia il cordone. Il fungo forma un tumore limitato e stretto alla base dal cercine scrotale; sono risparmiati il cordone e le glandule inguinali, le quali ultime nel cancro si mostrano spesso degenerate. Il cancro infetta l'organismo dando luogo alla cachessia cancerosa ed alla morte, mentre il fungo benigno si comporta con uno stato lodevole dell'individuo e non dà cachessia.

Il cancro non sparisce spontaneamente, mentre ciò può accadere pel fungo. Estirpato il primo esso il più delle volte si riproduce: nel fungo ciò non suole avvenire che per eccezione, come nel caso riferito dal Riccardi e l'altro osservato da me nel fanciullo *di Lecce* più volte citato, in cui il fungo distrutto già dalla polvere di precipitato rosso e *magno calcinato* di Paracelso, si riprodusse per ben tre volte, non ostante avessi una volta fatta l'escisione e la

causticazione immediatamente dopo col ferro rovente, da non potersi addebitare la riproduzione alla fievolezza della cura.

Il fungo benigno del teste può confondersi col sarcoma a forma fungoide dello stesso organo. Si sa che havvi una forma clinica del sarcoma detta fungosa o fungoide, di cui Virchow fa parola, e sono notevoli i sarcomi di questa specie del cuoio capelluto e del dorso del piede [1]. Ed io ho avuta l'occasione di osservare questa forma varie volte. E l'apparenza fungoide nei casi da me osservati era meglio disegnata che in quei riferiti da Virchow. Un esempio importante n'ebbi a mostrare ai miei allievi ed al mio amico Dott. Mazzitelli [2] sulla parte anteriore della gamba. Il tumore della grandezza d'una arancia era privo di cute, che formava un cercine alla sua base abbastanza serrato e duro. Un altro tumore simile della grandezza d'un uovo di piccione, sprovvisto anche di cute, che formava un cercine alla base, fu da me asportato dalla sommità della regione frontale di un giovane operajo. Ma l'anno scorso (1876) durante il corso della mia Clinica chirurgica, potetti studiare la più rimarchevole e rara forma di sarcoma fungoide, coverto alla superficie di granulazioni bene apparenti, alla mammella di un uomo adulto e di cui conservo la figura. Premesso ciò è possibile che questa medesima forma si ripeta al testicolo, ove il sarcoma non è raro (sarcocele). E se nei tempi passati fu detto, che l'esistenza del sarcoma fungoide del teste era ancor discutibile, oggi dopo la pubblicazione di due casi, ch'io già feci di questa forma, non sarebbe giustificato il medesimo linguaggio, specialmente da chi nei suoi studii fa calcolo della letteratura del proprio paese. Ed io credo utile di ripetere minutamente la descrizione di essi con la rispettiva figura microscopica.

---

[1] V. Virchow. Op. cit.

[2] V. Mov. Med. Chir. Anno 1869, pag. 18.

Ne' primi di Giugno del 1867 veniva ammesso nella 7.ª Sala dell' Ospedale degl' Incurabili, un individuo a nome *Michele Benedetto*, di Carbonara, dell'età di anni 45, contadino di mestiere, ammogliato con prole, di valida costituzione, e che fino al settembre del 1866 avea goduto florida salute.

A quest' epoca, siccome narrò al mio allievo, il compianto Dottor Taglianetti, relatore del caso clinico, si avvide che il testicolo dritto aumentava di volume, facendosi un po' dolente e sensibile al tatto. Questi fatti durarono per pochi mesi quasi al medesimo grado, finchè ne' primi giorni di marzo 1867 si esacerbarono alquanto, ed apparve sullo scroto corrispondente alla parte anteriore ed inferiore del testicolo, un punto fluttuante e dolente; quivi subito si formava una apertura, dalla quale venne fuori del pus in poca quantità. La soluzione di continuo si allargava e l'infermo ben tosto vide sollevarsi dal fondo di essa un tumoretto della grandezza d'una noce, indolente, piuttosto granuloso alla superficie, di un colorito rossigno, che in poco più di quaranta giorni acquistò il volume di un uovo di gallina. I dolori intanto cessarono fin dal primo apparire del tumore.

Due mesi prima della sua entrata nell' ospedale ebbe ad avvertire dolore anche al testicolo sinistro, il quale divenne più grosso, e dopo un mese e qualche giorno lo scroto si arrossì in un punto circoscritto alla sua parte anteriore e media, ove si determinò subito un' ulcerazione, e quindi da questa sorgeva un altro tumore più piccolo del primo, ma ad esso somigliante.

Allorchè venne ricevuto nell' Ospedale e si presentò alla nostra osservazione notammo: un tumore a forma di cono, con la base rivolta in su e della grandezza di un grosso uovo di gallina, esso poggiava sulla parte anteriore ed inferiore del testicolo dritto, avea un colorito rosso pallido, con superficie interamente granulosa, in qualche parte co-

perta da intonaco bianco grigiastro costituito da pus addensato, non dava fetore, era resistente al tatto, indolente. Veniva circondato in basso da un cercine scrotale con margini un po' assottigliati, arrossiti e duri, e dal quale il tumore si lasciava con facilità spostare. Il testicolo era alquanto duro ed impiccolito; delle glandule linfatiche soltanto quelle dell'inguine corrispondente si presentavano leggermente ingrossate.

Un secondo tumore della grandezza e forma di una castagna si notava verso la parte anteriore e media del testicolo sinistro, era di un rosso più vivo, piuttosto levigato, meno duro del primo, pure circondato alla base da un cercine scrotale, senza dolori. Il testicolo sottoposto era dolente ed un pò ingrossato. Lo stato generale era lodevolissimo; ed osservati minutamente gli altri organi ed apparecchi nulla si rilevava di morboso.

Diagnosi. Raccolti questi fatti, il nostro studio si volgeva intorno a due tumori: il primo di data più antica, della grandezza di un uovo di gallina, impiantato sulla parte anteriore ed inferiore del testicolo dritto; e l'altro di data più recente e più piccolo posto su quello sinistro. Afferrandoli con le dita spostavansi, come si è detto, facilmente dal cercine scrotale che li circondava, e si vedeano evidentemente sorgere dall' albuginea, restando il parenchima dei testicoli immune dalla neoplasia. Il testicolo destro si mostrava un pò duro al tatto ed alquanto impiccolito, per l'irritazione e la compressione prodottavi dal tumore soprastante; ed il sinistro era leggermente dolente e di un volume poco più grande.

Quanto alla struttura anatomica di queste neoplasie non sembrava in apparenza malagevole il determinarla. Presentavano esse la forma clinica chiarissima di que'tumori così detti *funghi benigni del testicolo*, i quali si credono comunemente costituiti da semplice giovane tessuto connettivo, fornito più

o meno di vasi, e di cui se ne descrivono due forme: l'una detta *fungo superficiale*, che ha sede nel periteste, come nel caso in disamina; l'altra *fungo parenchimatoso*, che si sviluppa nel parenchima dell' organo. Ed in fatti la precedenza dell' ingorgo de' testicoli per alcuni mesi, poi la lieve fluttuazione e l'apertura, l'arrossimento e l'ulcerazione dello scroto, la comparsa de' neoplasmi dal fondo della soluzione di continuo, la grandezza, la forma conica e di una castagna, la superficie granulosa di quello di volume maggiore, levigata del più piccolo, l'essere coperti in parte da un intonaco bianco grigiastro (pus addensato); il colorito rosso pallido, il cercine scrotale, la durezza; il niun fetore, l'indolenza, la mancanza dell'ingorgo delle glandole linfatiche, la nessun' ombra di cachessia, compendiavano i segni più precisi e caratteristici dei funghi in parola.

Intanto l'esame microscopico di questi tumori dette a vedere chiaramente che la diagnosi si era smarrita, avvegnachè trattavasi, invece di funghi benigni, di sarcomi fungoidi a cellule fusiformi, le quali erano predominanti su alcuni gruppi di piccole cellule rotonde, come rilevasi dalla fig. 3. *a. a.* cellule fusiformi che riunite in massa presentano inclinazioni e direzioni diverse in rapporto all'asse del tumore e che costituiscono gli elementi predominanti del medesimo. *b. b.* stesse cellule tagliate trasversalmente. *c. c.* cellule a diverso grado di moltiplicazione. *d. d.* gruppi di piccole cellule rotonde che si rinvengono in sezioni limitatissime del neoplasma. *f.* sostanza intercellulare fibrillare. Questi due sarcomi fungoidi sono tanto più importanti per quanto si trovavano impiantati su i due testicoli. E chi si ricorda che in questi tumori (sarcomi) si ammette una infezione discontinua, che può verificarsi su tessuti omologhi in vicinanza del primo tumore [1], può darsi ragione della comparsa del secondo

---

[1] Virchow, oper. cit.

neoplasma, che era il più piccolo, sull'albuginea dell' altro testicolo.

La notizia della morte dell'infermo al suo paese per riproduzione degli stessi tumori dopo alcuni anni, mi ha sempre più fatto apprezzare il valore di questa osservazione.

Si potrebbe frattanto obbiettare che questi esempii riferiti non lascino veramente senza alcun dubbio l'esistenza del sarcoma fungoide del teste, perchè quei tumori ebbero la sede sull' albuginea e non nel parenchima dell' organo. Non è certamente senza interesse questa obbiezione; ma considerando che l'albuginea forma una parte integrante dell' organo, nel quale essa manda dei prolungamenti, il valore di quelle osservazioni non resta scemato. L'incertezza però cade quando si tien presente l'altra osservazione di sarcoma fungoide parenchimale del marinajo *Nicola Ratea* da me già sommariamente descritta [1]. Era costui natio di Torre del Greco, avea l'età di 20 anni ed una florida costituzione. Lo stesso presentava sullo scroto esulcerato a parte dritta ed anteriore un tumoretto ovoidale della data di cinque mesi, della grandezza di una grossa noce, di color rosso piuttosto vivo, granoso di superficie ed in qualche punto con della sanie. Era circondato dal cercine scrotale, indolente, di una durezza elastica, facendo il neoplasma continuazione col corpo del testicolo dritto sottostante, divenuto più piccolo quasi per metà. L'infermo narrava al nostro alunno Dottor Gennaro Longo relatore, che nel giugno 1867 riportando su quel testicolo una contusione, dopo pochi giorni si formava sullo scroto corrispondente un piccolissimo ascesso che aprivasi, rimanendo una soluzione di continuo, la quale si approfondiva per circa tre centimetri, e della quale si guariva nell' Ospedale degl' Incurabili dopo parecchi mesi, mercè la causti-

---

[1] V. Mov. Med. chir. Anno 1869.

cazione della pietra infernale, e quindi ne partiva. Essendosi poscia riaperta quella medesima soluzione e comparso dal fondo di essa il suddetto tumore, egli ritornava nello spedale ove venne da me osservato. Il neoplasma fu diagnosticato per fungo parenchimatoso del testicolo ed estirpato con lo schiacciatore lineare. Il microscopio ci rivelò la stesssa struttura anatomica dell' altro caso riferito, ma con de'canalini seminiferi deformati.

La conoscenza di simili fatti mostra sempre più la necessità di una diagnosi differenziale esatta fra i due neoplasmi, sebbene non sia sempre facile il farlo, come risulterà dall'esame delle note cliniche che debbono servire di guida al lavoro.

Già altra volta manifestai il dubbio, dopo un accurato studio della letteratura su questo subbietto, che sotto il nome di fungo benigno non si sieno confusi sovente tumori di struttura anatomica assai diversa. E nell'error di diagnosi si dovea cadere a preferenza in un tempo in cui l'esame microscopico dei tumori o era imperfetto o non si eseguiva affatto, e sotto il dominio della esistenza della cellula specifica cancerigna, si nomavano benigni dei tumori a cui tal nome non spettava. Oggi sappiamo che le note cliniche, le quali si richiedevano per caratterizzare un tumore infettante e cancerigno, non sieno assolutamente e tutte necessarie. La cachessia, l'ingorgo delle glandule linfatiche, i dolori lancinanti, la moltiplicità, etc. non fanno decidere in una maniera assoluta della natura cancerosa ed infettante di un tumore, come la loro assenza non deve sempre permettere di pensare il contrario. Si sa come quei fatti morbosi non s'incontrano in tutti i periodi di un tumore infettante, e che parecchi di essi, mentre si vedono mancare in un neoplasma ad evoluzione cancerosa, si mostrano poi per circostanze speciali ed in seguito di alcuni accidenti e complicazioni in tumori che non

hanno il significato d'infettanti. Ed i sarcomi, tumori costituiti da un tessuto embrionale puro o che sta per subire una delle prime modificazioni che esso presenta per divenire un tessuto adulto (Cornil e Ranvier), sono quelli che spesso si mostrano con una forma clinica, che fino ad un certo punto ne nasconde la trista indole. E la varietà fungoide non si diparte dalla medesima proprietà. Nel sarcoma fungoide sulla parte anteriore della gamba, come in quelli del cranio e della mammella da me citati, la diagnosi fu in massima parte fondata sulla rapidità del corso e la sollecita ulcerazione della cute soprastante, mancando tutti gli altri attributi di tumori infettanti. Abbiamo visto come i sarcomi fungoidi del testicolo, su riferiti, si comportarono nella loro apparenza esteriore e come potettero essere scambiati col fungo benigno. E trattandosi di questi ultimi, essendo notevole la rassomiglianza clinica dei due neoplasmi in discussione, la difficoltà della diagnosi in certi momenti può divenire quasi insuperabile. Io ho detto che per quei sarcomi fungoidi delle altre regioni suddette era stato indirizzato nella diagnosi, principalmente tenendo di mira il rapido corso e l' ulcerazione sollecita della cute .Ma questi due caratteri, trattandosi di diagnosi differenziale dei due neoplasmi nel testicolo perdono di valore. Come in fatti nel fungo benigno del teste, anche avviene che i tessuti dello scroto si esulcerano rapidamente, dopo pochi mesi della comparsa di una tumefazione di quell'organo più o meno dura e voluminosa. Ecco perchè il corso e l'ulcerazione sollecita si addicono anche al fungo benigno. Ma si dirà che in questa ultima contingenza il corso e l'ulcerazione non si debbano chiamare rapidi, perchè trattandosi di una neoplasia infiammatoria quelli sono da stimarsi lenti. A ciò però io rispondo che per giudicarli lenti conviene che prima si stabilisca che si tratti di una neoplasia infiammatoria e non di altro. Ed in questa determinazione sta appunto l'ostacolo. Che se ciò

non fosse, la diagnosi sarebbe ben facile. Ma si dirà che per giudicarsi che si tratti di una neoplasia infiammatoria, come quella del fungo benigno, non ci vuol molto quando si guarda al procedimento del morbo, che cioè prima si è aperto l'ascesso e formata l'ulcera scrotale, e poscia dopo qualche tempo è sorto il neoplasma, mentre se fosse un sarcoma fungoide il tumore si vedrebbe far prominenza appena avvenuta l'apertura scrotale e prima di questa sotto la cute.

Io però ò fatto cenno di casi di funghi benigni in cui immediatamente dopo l'ulcerazione dello scroto si è visto sorgere un tumoretto dal fondo della soluzione di continuo, che di mano in mano e rapidamente ha potuto ingrandire. E quindi quest' ultimo ragionamento diviene vacillante. E poi chi può giurare che vedendo sorgere un neoplasma dopo qualche tempo dal fondo della già formata soluzione di continuo, esso debba essere assolutamente un fungo benigno e non altra specie di tumore ed anche un sarcoma fungoide? Sicchè non volendo sorvolare sull' esatto studio della forma morbosa propria dei due tumori, il buio non si dilegua; ed anzi tenderebbe a farsi più forte, se nello stesso tempo si venisse a riflettere che pressochè la stessa età è favorevole alla comparsa di essi.

Malgrado tutte queste difficoltà pur conviene trovare dei criterii da saper distinguere per quanto sarà possibile quei due tumori. Intanto non si fatica a comprendere che questa difficilezza del caso si presenterà o quando il sarcoma fungoide non sia ancora arrivato in quel periòdo inoltrato di sua evoluzione, in cui pervenendo suol mostrare poi chiare le sue qualità infettanti, sia nella regione della sua primitiva comparsa, sia in luoghi distanti, in modo che la sua vera natura non può più sfuggire all' occhio del clinico: ovvero nella condizione non rarissima, in cui il fungo benigno allontanandosi dal suo tipo ordinario acquisti forma e volume da giu-

stificare le dubbiezze sulla sua struttura anatomica. Ed è per simili congiunture non comuni che bisogna premunirsi d'una diagnosi differenziale.

Non si può però dissimulare, che in queste contingenze così gravi i caratteri clinici su cui si possa poggiare la diagnosi suddetta sieno ben scarsi e dovrebbero consistere secondo la mia opinione. 1.° Nel carattere di maggiore frequenza del fungo benigno rispetto al sarcoma fungoide che è ben raro. 2.° Nell'alleviamento e scomparsa delle sofferenze e dei dolori locali, quando essendosi formata l'ulcerazione scrotale il fungo benigno è apparso, sofferenze e dolori che, non ostante fosse avvenuto il contrario negli esempi riportati, dovrebbero persistere nell' ulteriore sviluppo del sarcoma fungoide; se pel caso non ordinario essi l'avessero accompagnato fin dall' inizio della sua apparizione di sotto gl'involucri scrotali. 3.° Dal carattere più determinato di persistenza e stabilità del sarcoma, non che da qualche indizio di sua diffusione nelle parti circostanti. 4.° Dalla maggiore disposizione del sarcoma ad ulteriore ingrandimento.

In ultimo non resta che l'esame microscopico, il quale potrà sciogliere l'irresoluto problema, e se si trovassero grandi cellule sarcomatose ed elementi fusiformi in gran numero nel modo come le rinvenimmo nel caso riferito, resterebbe confermata la diagnosi del sarcoma fungoide e non del fungo benigno. Ma se invece si scovrissero elementi cellulari piccoli, rotondi, il dubbio potrebbe non dissiparsi ed occorrerà il bisogno di vedere se quegli elementi sono proprii del tessuto di granulazione o di una varietà di sarcoma a cellule rotonde e piccole, somiglianti a quelle delle granulazioni. L'interpretazione veridica può non mostrarsi tanto difficile, e giovandosi di ciò che ho innanzi detto e di quello che dice Virchow di questi sarcomi a piccole cellule si potrà nel caso speciale giungere a sciogliere il nodo.

I sarcomi a piccole cellule dice Virchow, e soprattutto i glio-sarcomi, si comportano qualche volta come i ganglii linfatici. Le cellule sono assai fitte ed avviluppate da una rete delicatissima ed a maglie strette; questa rete è spesso talmente molle, che allo stato fresco si può appena dimostrare; ma dopo che si è procurato l'indurimento appare chiaramente. Frattanto essa forma anche dei tratti che si comportano differentemente secondo che il taglio l'incontra in lunghezza e larghezza. Su i tagli longitudinali appariscono dei tratti paralleli che sono riuniti fra essi da trabecole trasversali. Billroth ha benissimo esposto questa forma, che descrive come sarcoma con struttura simile a quella delle granulazioni. Su i tagli trasversali al contrario si vede un graticcio regolarissimo che in certe porzioni si decompone in campi o divisioni per delle trabecole un pò più forti del tessuto interstiziale. Da per tutto le lacune della rete sono originariamente riempite di cellule che hanno rassomiglianza con le cellule linfatiche ecc. Questi tumori sogliono essere nello stesso tempo ricchi in cellule e quindi di una struttura midollare marcatissima. Ed aggiungendo a tutte queste proprietà degli elementi di questi sarcomi ed alla loro disposizione lacunare alcune altre proprietà macroscopiche, cioè la mollezza, la friabilità del tessuto che favorisce la produzione di un succo midollare per la pressione, in modo da potersi confondere col cancro midollare, si riesce a raccogliere una serie di criterii per saper distinguere gli elementi di un fungo benigno da quelli del sarcoma fungoide a piccole cellule.

Questi medesimi precetti clinici ed anatomici possono servire di guida anche pel caso non impossibile che il tumore nato come fungo benigno si tramuti poscia in sarcoma fungoide.

Si ha un altro tumore del teste, il quale potrebbe per av-

ventura prendere la forma del fungo benigno, ed è il mixoma di Virchow, sebbene nell' organo suddetto sembra abbia luogo più il mixo-sarcoma che il mixoma puro, il quale per altro non pare che si comporti nella sua evoluzione in alcun modo che rassomigli al fungo benigno. Ciò non ostante cercherò di far rilevare la differenza fra i due neoplasmi, dando una succinta descrizione del mixoma.

Questo tumore risulta di tessuto mucoso, che appartiene alla serie degli altri di sostanza connettiva. Quale tessuto mucoso si trova specialmente nella vita embrionale, e sua proprietà speciale è la mucina, che costituisce la sua sostanza fondamentale. Nel feto si trova in molte parti ed è notevole quello del cordone ombelicale, ove forma la così detta gelatina di Warton. Nelle altre età si rinviene nel corpo vitreo, alcun poco nell' interna struttura del cuore, ecc.

Questi mixomi vengono divisi da Virchow in due categorie, iperplastici cioè, ed eteroplastici. I primi partono da un tessuto mucoso esistente, ed i secondi nascono là dove nello stato normale non si riconosce quel tessuto. Tutti questi tumori iperplastici od eteroplastici, omologhi od eterologhi [1] hanno per carattere comune di distinguersi per una grande mollezza e per la sensazione che essi danno frequentemente della fluttuazione, come se si avesse a trattare di un liquido liberamente espaso o di un tumore encistico. All' incisione essi mostrano una consistenza talora affatto gelatiniforme, tal'altra un pò più densa, ma altra volta quasi liquida. Per la pressione si può far colare dalla superficie del taglio un liquido filante, simile al muco, od al bianco d'uovo ordinario, ovvero intieramente incolore o leggermente colorato in giallo.

Questo liquido si comporta chimicamente come il muco e via via.

---

[1] V. Virchow.

Nelle forme più semplici al microscopio vengono scorte delle cellule fusiformi, stellate o arrotondate, isolate. Ciò però varia secondo lo stato di sviluppo.

Da questo cenno sommario non si richiede alcuno sforzo mentale per riconoscere la distanza che debba passare fra questi neoplasmi ed il fungo benigno del teste, distanza che risalta maggiormente se si dà un'occhiata alle proprietà indicate da Virchow dei mixomi etero-plastici, ai quali appartiene quello del teste. I mixomi eteroplastici sono forme maligne, ed hanno una tendenza marcatissima all'estensione, alla recidiva, alla moltiplicazione locale ed in altre parti del corpo [1]. E meritano grande considerazione quelli degli organi nervosi, non che degli organi glandulari, segnatamente quei della mammella nella donna. Questi ultimi dice Virchow hanno origine dal tessuto interstiziale che circonda e separa gli uni dagli altri i condotti galattofori, ed in parte i grappoli delle vescicole terminali. La massa mixomatosa crescendo penetra a guisa di escrescenze nei dotti galattofori e li occupa, dando luogo al mixoma poliposo proliferante. Quando sono attaccati i condotti superficiali non è raro che si veda sporgere all'esterno, ed assottigliandosi ed ulcerandosi la cute si formano delle aperture, attraverso le quali le vegetazioni appariscono allo scoverto, potendosi per le medesime penetrare con uno stiletto fin nell'interno del tumore, il quale si mostra all'esterno di apparenza fungosa. Appena però la massa del tessuto è esposta all'aria e si trova in contatto con le parti esterne, essa diviene la sede d'iperemia, si esulcera, si disgrega alla superficie dando luogo ad una secrezione icorosa [2].

---

[1] V. Virchow.

[2] V. Virchow.

Una forma di tumore perfettamente simile s'incontra nel testicolo e dà luogo ad una delle forme designate come *sarcoceli* [1].

Dal complesso di questi caratteri non pare che il mixoma puro del testicolo possa mostrarsi con le sembianze del fungo benigno, se ciò avvenisse non tarderebbero ad apparire alcuni dei caratteri suddetti, che rivelerebbero la vera natura del tumore. C. Romano intanto ha osservato nella clinica Universitaria la forma mixomatosa del fungo del testicolo, e ciò basta per mettere sull' avviso. Se non che l'autore accenna alla scoverta in alcuni punti del tumore di elementi da far pensare ad una evoluzione sarcomatosa. Sicchè lascia a dubitare che fin dall' origine il neoplasma non fosse stato che un mixosarcoma.

È superfluo poi fermarmi sul caso di non confondere il fungo benigno del testicolo con altri tumori infettanti di quest' organo, che, senza abbiano giammai presa la forma di fungo, sono stati e vengono tuttora indicati con tal nome. E così che non ha molto mi fu da un chirurgo inviato alla mia sala nell' Ospedale degl' Incurabili un individuo con grande tumore canceroso del testicolo, a cui fu dato il nome generico di fungo, malgrado che gl'involucri scrotali fossero stati intieramente sani! L'abuso o il male uso che si fa da alcuni anche oggi di questa parola è sommamente riprovevole, anche se essi si covrissero del velo non più abbastanza comodo di *medici pratici*.

Se Callisen non avesse dato il nome di Lipoma al fungo benigno del teste mi sarei ora sbrigato di questo argomento abbastanza lungo della diagnòsi. Ma siccome questo autore si servì di quella denominazione , sebbene non più

---

[1] V. Lebert. Atlas d'Anat. pathol. pl. CXLIX, pag. 3-8. (Fibro colloid.) e Virchow op. cit.

adoperata da altri dopo di lui, così resta a dire poche altre parole per vedere se sia mai possibile rilevare un punto di contatto fra il fungo benigno ed il lipoma appo la medesima regione che il primo occupa. Se si fosse da qualcheduno dimostrato l'esistenza d'un lipoma fungoide, con una evoluzione così sollecita come quella del fungo benigno, forse Callisen non avrebbe completamente torto. Stando alla sua opinione che il fungo benigno non possa sorgere che dall'albuginea, e riguardando il fatto della provata esistenza di lipomi dello scroto, che qualche fiata acquistano un volume considerevole, procedenti talora dalla vaginale dei testicoli, tal' altra dalla tunica del dartos [1], potrebbesi sospettare che realmente quello scrittore abbia in qualche caso ravvisato nel fungo benigno una struttura lipomatosa che egli credette di origine dall'albuginea. Siccome però questa speciale forma di lipoma, con quel corso proprio del fungo benigno non si può dimostrare, nè è possibile si dimostri in avvenire, tenendo a mente la patologia del lipoma, così quella denominazione non può essere giustificata che da un esame macroscopico del tumore male interpretato dal suo autore. Nè credo che Callisen, nel nominare e credere il fungo benigno un lipoma, abbia giammai pensato al lipoma del cordone spermatico, di cui con molta chiarezza discorre Virchow nel trattare del lipoma erniario e che giammai prende la forma di fungo. Solo sarebbe possibile la supposizione, per trovare un lenitivo all'errore del Callisen, che questo autore avrà probabilmente potuto osservare il mixoma del testicolo a forma fungoide, e propriamente quella forma detta da Virchow lipomatosa, in cui le cellule del tumore si caricano di grasso e finiscono per trasformarsi in vere cel-

---

[1] J. Fr. Meckel. Path. Anat. 11, 2, p. 126. Cruveilhier, Traité d'anat. path. T. III, p. 311. A. Förster Virchow's. Arch. T. XII, p. 205.

lule adipose, ed in cui allo spaccato il neoplasma si mostra di aspetto macchiettato o marmorizzato con una tinta più giallastra, che può passare per gradi ad un giallo biancastro manifesto, caratterizzandolo senz' altro per lipoma, non potendo fare diversamente nello stato delle conoscenze anatomiche dei suoi tempi. E colpito dalla prima osservazione continuò a nominare ed a considerare il fungo benigno di natura lipomatosa.

Pronostico

Dopo che si è ben determinata la diagnosi del fungo benigno, il pronostico non potrà farsi grave; imperciocchè non trattandosi di un tumore infettante restano eliminate due pericolosissime condizioni capaci di compromettere la vita dell' infermo, cioè la riproduzione o moltiplicazione del tumore e l'infezione dell' organismo. Il fungo benigno del teste non va più designato col nome di sarcocele, col quale un tempo venivano indicati precipuamente tutti i tumori del testicolo d' indole infettanti e così detti maligni, e perciò una volta che esso sarà asportato non più si riproduce, nè infetta l' organismo, e la vita dell' infermo non corre pericolo alcuno. Anche quando avrà subita la trasformazione fibromatosa, divenendo un granulo-fibroma, se ne togli la maggiore persistenza e quindi l'assoluta necessità dell' intervento più attivo del chirurgo per vederlo debellato, niun pericolo minaccia la esistenza del paziente. Intanto per la sede che occupa il neoplasma, e per i guasti che induce nella tessitura dell' organo su cui si sviluppa compromettendone la funzione, la prognosi certo non sarà lieta, tanto nel caso fosse parenchimatoso che superficiale; poichè anche in quest' ultima circostanza sia per la compressione sul parenchima dell' organo, che per diffusione allo stesso, le conseguen-

ze ponno essere pressochè identiche. Non possiamo quindi ritenere come giusta l'opinione di quelli, secondo cui sarebbe inutile posare la questione sulla capacità funzionale del testicolo, quando si ammettesse la malattia essere sempre propria dell' albuginea. In verità però il fungo superficiale sotto questo rapporto è da stimarsi di una gravezza non poco inferiore a quello parenchimatoso, per la ragione che può ottenersene la guarigione prima che invadesse il parenchima dell' organo [1].

Bisogna d'altra parte osservare, che la capacità funzionale del testicolo verrebbe completamente estinta solo nel caso, in cui l'organo venisse in totalità sostituito dalla neoplasia, al contrario anche restandone sana una piccola porzione di quello l'attività stessa non è difficile che resti in parte.

Ciò viene comprovato da varie osservazioni e specialmente da quella fatta dal Prof. Palasciano nella persona d'un individuo in cui per doppio fungo, del testicolo sinistro rimaneva solo un piccolo nucleo aderente alla cicatrice, e del destro ne restavano quasi due terzi. Esaminato lo sperma al microscopio dal Prof. Palasciano insieme al Prof. Stiebel di Francoforte, si rinvennero filamenti spermatici in numero sufficiente.

Se si trattasse d'altra specie di tumore (sarcoma, mixoma) con le sembianze del fungo benigno, il pronostico sarà più grave e si farà in rapporto alla natura ed al carattere clinico di quei tumori.

Cura.

Si è creduto da alcuni che il fungo benigno possa svanire dietro l'amministrazione di rimedii interni. Quanto sia mal fondata questa credenza vien dimostrato dal fatto, che in

---

[1] Nélaton. vol. 2, pag. 649.

realtà il neoplasma non sparisce tenendo quella via, e che presto o tardi conviene affidarsi a mezzi chirurgici diretti ed efficaci. Se si vede qualche volta la scomparsa durante la cura interna, ciò non dimostra che quest' ultima l'abbia prodotta, sapendosi dall' altra parte come il fungo sia capace di esaurirsi spontaneamente. Una cura interna potrebbe solo in talune circostanze, immegliando le disposizioni dell' organismo, concorrere a rendere più agevole quella sparizione spontanea. È chiaro che, trovandosi un paziente debilitato, una cura diretta a rinvigorirlo, a ricostituirlo nelle forze organiche debba stimarsi necessaria, anche perchè i mezzi chirurgici da adoperarsi potessero trovare un terreno più propizio per un pronto successo.

Ad un individuo mal nutrito e che porti ancora l'impronta della scrofolosi, dovranno amministrarsi i soliti rimedii tonici e ricostituenti, ferro, china, olio di fegato di merluzzo, buoni cibi e buon' aria etc.

Ad un altro sifilitico s'intende come sia necessario prescrivere medele dirette a curare la sifilide: joduro di potassio, mercurio, ecc. Ma non bisogna attendersi da questa cura un potere distruttivo sul fungo, e stare nella certezza di poterlo in tal maniera guarire. Noi si è esclusa l'esistenza di un fungo benigno sifilitico, ed abbiamo spiegato il modo come la sifilide potrà essere ricordata nella produzione di esso. E perciò la cura antisifilitica varrà solo indirettamente a portare il suo concorso, modificando e rifacendo l'attività nutritiva dell'organismo alterata per opera della sifilide. Il neoplasma si mostrerà meno ribelle alle cure dirette e sarà meglio disposto alla guarigione spontanea in quella maniera, di cui abbiamo già discorso.

È mai possibile prevenire la produzione del fungo? Ecco la domanda che ho fatto più volte a me stesso ed alla quale ripensando mi è nata la supposizione che sia possibile l'impedirla.

Richiamando alla memoria che sovente lo stimolo quasi direi necessario alla formazione del fungo parenchimatoso sia riposto nel prolasso di quei canalini seminiferi, di cui abbiam fatto parola nella patogenesi, attraverso l'apertura dell'albuginea, mi è sorta l'ipotesi che se, dopo l'apertura dell'ascesso precursore del fungo , si facesse una medicatura nel fondo della soluzione di continuo moderatamente compressiva, capace a non permettere la sporgenza dei tubulini suddetti od a ridurre e comprimere quelli già sporti, la nascenza del neoplasma potrebbe essere evitata. Ma a questa proposta si presenta tosto una prevista e facile opposizione, che consiste a far notare come non sempre all'ascesso del teste segua il fungo, e quindi fare una medicatura che potrebbe alquanto ritardare il processo di riparazione per allontanare un male che probabilmente non verrà, sarebbe lo stesso che opporre una resistenza ad un nemico che non si vede. Ed io riconosco pienamente il valore di questo ragionamento; ma nello stesso tempo rifletto che se il chirurgo potesse seguire il morbo fin dal suo inizio, senza averlo potuto vincere, e rilevasse appunto quella forma clinica che precede lo sviluppo del neoplasma e che ha qualche cosa di caratteristico, formandosi poscia l'apertura scrotale in quella maniera risaputa, egli avrebbe una somma d'indizii per applicare quella specie di cura profilattica del neoplasma su indicata. In ogni modo essa non potrà arrecare danno all'infermo, se usata con quella delicatezza richiesta dal caso e che è propria di ogni diligente chirurgo. Le sofferenze che si leniscono dopo l'apertura scrotale ne faciliteranno l'esecuzione. Quel pò di ritardo alla guarigione e lo stimolo della moderata medicatura compressiva, se pure esistono, saranno leggeri difetti che verrebbero compensati dall' allontanato pericolo della comparsa del neoplasma e dalla sicurezza di conservare una maggior porzione di un organo importante. Speciali circostanze, che il chirur-

go non si farà sfuggire, potrebbero costituire delle controindicazioni alla predetta medicatura.

La vera cura preventiva intanto sarebbe senza dubbio riposta nel guarire l'orchite, che ordinariamente suol precedere il neoplasma; ma questo scopo non si consegue così agevolmente, ed anche usando i rimedii stimati più utili, quella si vede percorrere il suo corso, fino alla produzione del fungo.

Un metodo di cura pel tumore già sviluppato è la compressione, ed è ben nota quella detta *scrotale* di Fricke modificata da Syme e dal Curling. Il successo della compressione previo l'allargamento dell'apertura scrotale fu veramente sorprendente in quel caso già da me citato di ernia del testicolo, su cui si erano poscia formate fungose granulazioni, e l'esempio potrebbe consigliarci ad adoperarla con maggiore fiducia nel fungo propriamente detto. Ed io sono d'avviso che adoperando il processo Curling, che consiste presso a poco in quello da me eseguito pel caso suddetto, non è difficile che si arrivi ad ottenere l'atrofia e l'avvizzimento del tumore. Recentando i bordi della cute d'intorno, dissecando i lembi ed adottando sul neoplasma una moderata e continua pressione con un apparecchio semplice di medicatura se ne può sperare la scomparsa. La specie di autoplastia del processo di Syme non mi sembra la più adatta, avvegnachè recentando la cute con tagli ellittici, dissecando e riunendo i margini con sutura sopra il fungo in maniera da covrirlo, non credo che si giunga a procurare la riduzione del tumore che abbia acquistato una certa grandezza, e senza che secreti purulenti non venissero a disturbare il processo di riparazione. Non avendo noi giammai adoperata questa operazione di Syme, perchè non ci è sembrata abbastanza sicura ed opportuna, non ne possiamo dare un giudizio da servire di guida per chi avesse il pensiero di ripeterla Solo non voglio tacere che A. Cooper, autore principale del pro-

cesso che va col nome di Syme, vi aggiungeva anche l'abrasione delle granulazioni del neoplasma. Queste operazioni tendenti a risparmiare quanto più si poteva l'integrità del testicolo, non poteano però avere il potere di far ritornare al pristino stato quella porzione della sostanza seminifera tramutata in fungo.

Si può procurare la distruzione del neoplasma mercè i caustici attuale e potenziale.

Il caustico attuale sarebbe da adoperarsi, ma se si volesse distruggere un fungo di una certa grandezza in una sola volta con questo mezzo, si farebbe secondo io penso opera difficile e pericolosa. Difficile, perchè necessitando nel medesimo tempo l'uso di più ferri roventi, anche se si volessero adoperare i bottoni alla galvanocaustica, nascerebbero non lievi difficoltà nel riconoscere i limiti precisi della neoplasia fra le prime escare prodotte; pericolosa, perchè si corre il rischio di offendere il testicolo o quella parte di esso non ancora interessata dal neoplasma. Se invece col caustico in parola si pensasse a consumare il tumore a poco a poco facendone varie applicazioni con qualche intervallo di tempo, si farebbe una cura lunga e fastidiosa.

È meglio quindi di fare uso dei caustici potenziali, alcuni dei quali sono di un effetto meraviglioso, specialmente quando trattasi di funghi piccoli e recenti.

Molti sono i caustici potenziali che si sono adoperati e possono adoperarsi in circostanze di questa natura; così il nitrato d'argento, l'allume usto, il solfato di rame, gli acidi minerali, la pasta di cloruro di zinco, la potassa caustica, la pasta di Vienna, la polvere arsenicale di Frate Cosimo; però quello che viene caldamente raccomandato dal Riccardi, e che si è trovato efficace da molti pratici si è il perossido di mercurio; ovvero la *polvere Angelica* del Nannoni (composta a parti eguali di allume calcinato,

precipitato rosso e polvere di Sabina). In qualche caso mi è bastata la sola polvere di precipitato rosso.

Molto in credito è pure il caustico prescelto da Boccanera, cioè una miscela a parti eguali di precipitato rosso e magno calcinato di Paracelso (sotto-deuto-carbonato di mercurio). Col caustico potenziale e precisamente con quelli nominati in ultimo, si è giunti talvolta a distruggere un fungo anche di grosso volume: ma non per questo meritano di essere in casi analoghi preferiti, poichè la cura si protrae di molto e con essa le sofferenze dell' infermo, ed i pericoli dell' organo affetto non vengono subito rimossi, potendo essere invece accresciuti da complicazioni infiammative.

Nei funghi peduncolati la ligatura potrebbe sembrare un operazione bene adatta e di facile riuscita. Essa inoltre non spaventa gl' infermi pusillanimi e fa evitare l'emorragia. Ma questi pregi della ligatura, non esclusi quelli della ligatura detta *elastica*, da alcuni oggi assai favorita, si perdono in buona parte se si considera che il peduncolo non si suol trovare quasi mai così stretto da rendere quella agevole e pronta, che i dolori e quindi le sofferenze si protraggono per più giorni, durante i quali non si evita certamente il contatto non benevolo di tessuti mortificati coi sani. Potrebbe però farsi la ligatura estemporanea, e per questa riuscirebbe opportuno il serranodi di Maisonneuve e qualche altro di quelli che esistono. Come si scorge la ligatura in generale non è da preferirsi nella cura del fungo in parola.

Volendo asportare prontamente il tumore senza pericolo dell' emorragia si hanno a disposizione diversi metodi e processi operativi.

Trovandosi il tumore in qualche maniera peduncolato, si può adoperare con gran vantaggio l'ansa galvano-caustica, di cui ho potuto servirmi in un caso.

E se questa non si avesse pronta l'escisione del tumore col coltello rovente potrebbe bene sostituirla, col vantaggio che anche si tratti di un fungo grande e senza peduncolo potrebbe in tal maniera essere operato. Questa operazione col coltello rovente è stata eseguita con successo presso di noi pel fungo del teste dal Prof. Palasciano, ed io me ne sono avvalso in due casi con profitto. Si ottiene così l'emostasi, e nel fungo parenchimale l'escara che ne deriva servirebbe ancora ad impedire l'ulteriore prolasso dei canalicoli seminiferi della porzione dell'organo rimasta ancor sana. Per aversi però l'escara e l'emostasi completa conviene, da quello che ho potuto rilevare, che il coltello operi lentamente e che sia bene arroventato, in modo che non si sperda molto la sua azione cauterizzante in contatto di tessuti pregni di succhi.

L'escisione col coltello rovente è sempre da preferirsi all'escisione semplice, la quale resta un'operazione da scegliersi per la sua prontezza: ma è facile ad intendersi come l'emorragia sia più facile ad aver luogo, la quale suol provenire il più delle volte dai rami della spermatica, che per altro non riesce difficile allacciare o torcere.

Volendo praticare l'escisione semplice del neoplasma è quasi indispensabile la necessità di procedere immediatamente dopo ad una causticazione, preferibile quella col ferro rovente, onde distruggere qualche residuo della neoplasia, arrestare lo scolo del sangue e dar luogo a quell'escara che si oppone alla fuori uscita de' tubi seminiferi.

L'operazione ch'io penso debba preferirsi, quando non si crede possibile debellare la neoplasia con i caustici suddetti è lo schiacciamento lineare, che io ho adoperato varie volte con pieno successo, giacchè operando ad arte con l'*ecraseur* l'emorragia sicuramente viene allontanata non che l'uscita dei canalicoli seminiferi, che sono mantenuti al posto da una specie di turacciolo fatto da tessuti fortemente ammaccati dalla

catena, il quale turacciolo rimane in sito terminata l'operazione e verrà eliminato consecutivamente. È utile in questa operazione di non privarsi della narcosi dell' infermo coll' etere o col cloroformio, onde risparmiare i dolori e renderne più agevole l'esecuzione.

Circa l'epoca in cui devesi intraprendere la cura del fungo, è opinione di alcuni (Riccardi, de Rensis) che si debba attendere il tumore raggiunga il suo massimo incremento, riuscendo vano prima di questo tempo ogni tentativo per affrontarlo. Io invece opino che il neoplasma debbasi combattere sollecitamente fin dai suoi primordi ed i rimedii convenientemente usati riusciranno sicuramente efficaci. Ritardando al contrario la cura, è facile comprendere come il testicolo ne possa restare gravemente compromesso.

Da quello che si è detto si rileva che nella cura di questo neoplasma si ponno adoperare in alcune circostanze più processi operativi insieme. Così volendosi fare l'escisione semplice si può a questa accoppiare la causticazione col ferro rovente per ragioni già dette.

La castrazione rarissime volte trova la sua indicazione pel fungo benigno del teste, del quale bisogna rispettare e conservare anche una minima parte, che, come si è fatto già avvertire, essendo sana, continua regolarmente a funzionare. Le ricerche su questa specie di tumore hanno fruttato e frutteranno, come felicemente si esprimeva il nostro de Rensis [1], parlando di quelle fatte dal Riccardi, alla società la conservazione di più di un testicolo, o per lo meno, noi aggiungiamo, di una parte di esso.

La castrazione però potrà essere creduta necessaria in alcune contingenze eccezionali, come quando tutto il testicolo abbia subita la trasformazione fungoide: ma in simil caso

[1] Oper. cit.

essendo il cordone sano, l'operazione sarà da limitarsi alla asportazione del tumore, mercè uno dei processi operativi sopra indicati, e perciò neppure si tratterebbe di vera castrazione. Questa per altro trova a farsi in tutta regola, se il fungo si mostrasse ribelle alle cure, e nel medesimo tempo ripullulasse pel fatto che il resto della glandola trovisi affetta da orchite cronica con caseificazione o da vero tubercolo , mentre il cordone per un tratto presentasi del pari duro ed ingorgato, e l'infermo fosse molestato da continui dolori, da fare esso stesso istanza per l'operazione, come mi è occorso un caso.

Se si trattasse di un fungo sarcomatoso o mixomatoso provveniente dal parenchima dell'organo il tumore non entra più nell'ordine dei funghi benigni, di cui abbiamo solo mirato ad occuparci col presente lavoro, e corre la bisogna di ricordarsi nel praticare l'operazione come sì i sarcomi che i mixomi eteroplastici ànno il carattere di riprodursi nel luogo ove furono asportati , e perciò fa duopo di non essere avari nel taglio , ed è meglio di praticare una castrazione in regola in primo tempo, che ricorrervi dopochè il tumore sarà ricomparso.

In questa operazione della castrazione possiamo avvalerci della medicatura disinfettante alla Lister, ma io non la credo indispensabile per allontanare quei pericoli , che nè anche si sogliono mostrare coll'ordinaria medicatura; per la quale circostanza un paragone esatto del valore dei due sistemi di medicatura nel preservare la vita del paziente, o abbreviarne la cura riesce difficile e non può servire di guida all'operatore. Tutte le operazioni di castrazione da me eseguite in questi ultimi anni per tumori infettanti mi hanno dato un successo favorevole non allontanandomi dalla comune medicatura. Ora se io praticassi le altre operazioni di castrazione che mi occorrono alla maniera di Lister con lo

stesso splendido risultato, mi troverei al certo imbarazzato a decidere quale parte debbasi a quest' ultima attribuire. Ecco perchè sono d'avviso, che per apprezzare convenientemente la medicatura alla Lister conviene che si esperimenti in operazioni chirurgiche, in cui la mortalità frequente od approssimativamente determinata in tutti i paesi e già generalmente riconosciuta, potrebbe essere sostituita da una mortalità più rara, da rendere visibile la superiorità della medicatura disinfettante.

Io già da tre anni uso nelle gravi operazioni la medicatura alla Lister, che mi adopero a rendere sempre più perfezionata e minuta, e spero di non essere il primo ad alzare la voce contro le esagerazioni che da varie parti ci arrivano intorno alla medesima.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

1

B

C

G

D

F

E

2

INGRANTo 300 a 350

3